

INTER-MEMO **ECN**

Fiches de synthèse illustrées

HANDICAP DOULEUR

MODULES 4 & 6

- DERNIERES LOIS
- DERNIERES PRECISIONS DU MINISTERE
- CONFERENCES DE CONSENSUS



Laurent LE

VG

INTERNAT – MEMOIRE

HANDICAP & DOULEUR **MODULE IV & VI**

2ème édition

LAURENT LE

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique,
disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957
sur la protection des droits d'auteurs.

Editions Vernazobres - Grego
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61
ISBN 2-81136-692-8

SOMMAIRE

-MODULE 4. HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE

N°49. Evaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel.	7
N°50. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.	29
N°51. L'enfant handicapé : orientation et prise en charge.	33
N°52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde justice.	43
N°53. Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.	49

-MODULE 6. DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENT

N°65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique.	53
N°66. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.	61
N°67. Anesthésie locale, loco-régionale et générale.	73
N°68. Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques.	85
N°69. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.	91
N°70. Deuil normal et pathologique.	97

-ANNEXE I	Conférence de consensus en fin de vie	103
-ANNEXE II	Guide thérapeutique des antalgiques	109

Notes personnelles

TABLE DES MATIERES

MODULE 4. HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE

N°49. Evaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel.

- Evaluer une incapacité ou un handicap.
- Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.

N°50. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

N°51. L'enfant handicapé : orientation et prise en charge.

- Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un enfant handicapé.

N°52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde justice.

- Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un malade handicapé mental.

N°53. Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.

- Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

MODULE 6. DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENT

N°65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique.

- Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique.

N°66. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.

- Argumenter la stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte.
- Prescrire les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses (P) et non médicamenteuses.
- Evaluer l'efficacité d'un traitement antalgique.

N°67. Anesthésie locale, loco-régionale et générale.

- Argumenter les indications, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, loco-régionale ou générale.
- Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie.

N°68. Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques.

- Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant.
- Préciser les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, indications et contre-indications.

N°69. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.
- Argumenter les principes de la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un malade en fin de vie et de son entourage.
- Aborder les problèmes éthiques posés par les situations de fin de vie.

N°70. Deuil normal et pathologique.

- Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.

Notes personnelles

**N°49. EVALUATION
CLINIQUE ET
FONCTIONNELLE D'UN
HANDICAP MOTEUR,
COGNITIF OU
SENSORIEL.**

MODELE DE WOOD



DEFINITION
(Organisation Mondiale de la Santé)
(GUIDE-BAREME :ministère, CDAPH)

Déficiência :

- La déficiência comprend :
 - Toute **perte de substance** .
 - Toute **altération** d'une structure, d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
- La déficiência correspond donc une notion d'**ordre lésionnel**

Incapacité :

- Toute **réduction**, partielle ou totale, **de la capacité d'accomplir une activité**, dans les limites considérées comme normale pour un être humain.
- Elle **résulte d'une déficiência**.
- L'incapacité correspond donc à une notion d'**ordre fonctionnel**.

Handicap :

- Résulte pour un individu donné d'une déficiência ou d'une incapacité qui limite ou **interdit l'accomplissement d'un rôle normal** (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).
- On parle parfois de « désavantage social ».

Barème :

- **Fixe les divers taux d'incapacité**, d'après l'importance de la déficiência (celle-ci étant appréciée par ces répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne).

ECHELLE D'EVALUATION	GENERIQUE	SPECIFIQUE
CRITERES DE QUALITE	<ul style="list-style-type: none"> • Simples • Reproductibles • Pertinentes • Fiables • Bonne sensibilité • Validées • Acceptables 	
DEFINITIONS	Mesure des incapacités ou des handicaps faisant suite à des pathologies très diverses.	Mesure des incapacités ou des handicaps résultant d'une pathologie donnée.
EXEMPLES D'ECHELLES LES PLUS UTILISEES	<u>Déficiência et incapacité :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure d'indépendance fonctionnelle = MIF • Index de Barthel • Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources = Grille AGGIR • Echelle de Rankin 	<u>Déficiência et incapacité :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Indice algo-fonctionnel de Lequesne (Marche en rhumatologie= type coxarthrose, gonarthrose) • Indice fonctionnel de Duröz (Préhension en neurologie= type hémiplegie) • Timed Up and Go Test (Equilibre en neurologie et en gériatrie) • Echelle d'activité instrumentale de la vie courante de Lawton (Troubles cognitifs en neurologie= type maladie d'Alzheimer).
	<u>Handicap :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Indicateur de santé de Nottingham (Parfois utilisé) 	<u>Handicap :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-questionnaire de Dallas (lombalgies chroniques) • Echelle Ditrovie (incontinence urinaire).

MESURE D'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE = MIF

1. Soins personnels (Alimentation, toilette, habillage)
2. Contrôle des sphincters
3. Mobilité, transferts (lit, WC, baignoire)
4. Locomotion (marche, escaliers)
5. Communication (compréhension, expression)
6. Conscience du mode extérieur (interaction sociale, mémoire)

INDEX DE BARTHEL

1. Alimentation
2. Bain
3. Continence rectale
4. Continence urinaire
5. Déplacements
6. Escaliers
7. Habillement
8. Soins personnels (Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents)
9. Usage des WC
10. Transfert du lit au fauteuil

INDICATEUR DE SANTÉ DE NOTTINGHAM

1. Mobilité physique
2. Isolement social
3. Douleur
4. Émotions
5. Asthénie
6. Sommeil

ECHELLES GENERIQUES (Liste de critères)

AGGIR = AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPE ISO RHESUS

1. Cohérence
2. Orientation
3. Toilette
4. Habillage
5. Alimentation
6. Elimination
7. Transferts
8. Déplacement à l'intérieur
9. Déplacement à l'extérieur
10. Communication à distance

ECHELLE DE RANKIN

- 0 >>>Aucun symptôme
- 1 >>>Pas d'incapacité significative malgré les symptômes, capable de mener toutes ses obligations et activités habituelles.
- 2 >>>Incapacité légère, incapable de mener toutes activités antérieures mais capable de vaquer à ses occupations sans assistance.
- 3 >>>Invalidité modérée, a besoin de quelque aide mais capable de marcher seul.
- 4 >>>Invalidité moyennement sévère, incapable de marcher sans aide et incapable de gérer ses besoins corporels sans assistance.
- 5 >>>Invalidité sévère, rivé au lit, incontinent et nécessitant une surveillance et des soins de nursing permanents.

CIDIH

Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.

DEFICIENCE

- Intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement
- Liées à l'épilepsie
- De l'**audition**
- Du **langage** et de la parole
- De la **vision**
- De la fonction **cardio-respiratoire**
- De la fonction et de la sphère digestive
- De la fonction urinaire
- Métaboliques, enzymatiques
- Du système immunitaire et hématopoïétique
- Motrices et de l'appareil locomoteur
- Esthétiques

INCAPACITE

- **Comportement**
- **Communication**
- **Locomotion**
- Soins corporels
- Utilisation du corps pour certaines tâches précises
- Maladresse
- Retentissement sur certaines situations uniquement
- Retentissement sur les aptitudes à la vie professionnelle et aux occupations
- Autres restrictions d'activité.

HANDICAP

- **Orientation**
- **Mobilité**
- **Occupations**
- Intégration sociale
- Indépendance **physique**
- Indépendance **économique**.

ATTENTION

- 1. La COTOREP et la CDES n'existe plus de puis la loi du 11 février 2005. En effet, ces structures ont été remplacées par la CDAPH.**
- 2. Le ministère de la Santé et des Solidarités a effectué de nombreuses modifications depuis la loi du 11 février 2005 jusqu'à mi 2007 (précisant la loi de 2005 et créant de nouvelles structures).**
- 3. De nouveaux principes ont été créés : le droit de compensation... (cf ci après)**

LOI DU 11 FEVRIER 2005**(Et ensemble des précisions du ministère de la santé et de la solidarité de 2005 à 2007)**

Avant la loi du 11 février 2005	Après la loi du 11 février 2005 + précisions du ministère
<ul style="list-style-type: none">• <u>COTOREP</u>= Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel• <u>CDES</u>= Commission Départementale de l'éducation spéciale)• <u>SVA</u>= Service pour la Vie Autonome	<p><u>CDAPH</u>= Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées</p> <p><u>MDPH</u> = Maison Départementale des Personnes Handicapées</p>
Complément d'AAH	Complément de ressources <u>OU</u> Majoration pour vie autonome
<u>ACTP</u> = Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes	Prestation de compensation
Carte « station debout pénible »	Carte de priorité pour personne handicapée

(Le SVA concerne l'achat de matériel onéreux)

COMPETENCE DE LA CDAPH

Définition	<ul style="list-style-type: none"> • Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées • Nouvelle instance chargée des décisions d'attribution des prestations et d'orientation • Créée par la loi du 11 février 2005 • Remplace la COTOREP (COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel) et la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) • Elle est au sein de la MDPH = maison départementale des personnes handicapées
Rôles	<ul style="list-style-type: none"> • Elle évalue les besoins du sujet handicapé • Elle élabore un plan personnalisé de compensation avec l'équipe d'évaluation • Elle prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations • Elle est responsable des décisions pour l'ensemble des aides proposées (Prestation de compensation, AEEH (ex-AES), AAH, cartes d'invalidité ou de priorité, etc.)

MDPH = maison départementale des personnes handicapées

<p>Définition</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créé par la loi du 11 février 2005 • Lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées • Présent dans chaque département mais sous l'égide des Conseils Généraux • Permet un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées • « <i>Exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps</i> » selon le Ministère de la Santé et des Solidarités (Février 2007)
<p>8 missions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elle informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution. • Elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. • Elle assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap. • Elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie. • Elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées. • Elle assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises. • Elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle. • Elle met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

MDPH = maison départementale des personnes handicapées

Instances composant la MDPH

Une **Commission exécutive** administre la **Maison départementale**.

Elle est constituée de **plusieurs intervenants**:

- **Directeur**, nommé par le Président du conseil général, dirige la MDPH et met en oeuvre les délibérations de la commission exécutive.
- **Equipe pluridisciplinaire** évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation.
- Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé.
- **Référent** pour l'insertion professionnelle est désigné dans chaque MDPH.
- **Equipe de veille de soins infirmiers** évalue les besoins de prise en charge, met en place les dispositifs nécessaires et gère un service d'intervention d'urgence.
- **Fonds départemental de compensation** est géré par la Maison départementale. Il reçoit les financements de différents contributeurs réunis dans un comité de gestion qui décide de leur emploi.

Partenariats possibles

- **Les comités locaux d'information et de coordination** : lieux d'accueil de proximité pour les personnes âgées et leur entourage.
- **Les centres communaux d'action sociale.**
- **Les organismes** assurant des services d'évaluation, des associations.
- **Les centres de référence maladies rares**, centres de ressources autisme et autres centres pouvant apporter son concours à l'information des personnes ou à l'évaluation.

DROIT A LA COMPENSATION

<p style="text-align: center;">Droit à la compensation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principe posé par la nouvelle loi du 11 février 2005. • « <i>La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie</i> ». • Sa conséquence directe est la création d'un « plan personnalisé de compensation ». <p><u>Indépendamment du droit à compensation, la loi handicap :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore les ressources des personnes handicapées qui perçoivent l'ancienne allocation aux adultes handicapés (AAH) . • Réaffirme et renforce les aides existantes pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et réduire les obstacles que celles-ci rencontrent dans la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale.
<p style="text-align: center;">Plan personnalisé de compensation</p>	<p><u>1^{er} étape = Evaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Par l'équipe pluridisciplinaire . • Réalisée dans le cadre d'un dialogue avec la personne ou son représentant légal, sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux. • Se basant sur les besoins de compensation de la personne handicapée • Pouvant donner lieu à une visite sur le lieu de vie de la personne, pour tenir compte de son environnement. <p><u>2^e étape=Résultat = Plan personnalisé de compensation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Validé par la CDAPH. • Il contient l'ensemble des éléments qui permettent la compensation du handicap. • Il attribue la Prestation de compensation du handicap (PCH) .
<p style="text-align: center;">Prestation de compensation du handicap (PCH)</p>	<p style="text-align: center;">Cf ci dessous .</p>

PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Sans conditions de ressources . • De 20 à 60 ans. • Sujet résidant de façon stable et régulière en France. • Sujet ayant une difficulté absolue à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne (se laver, se déplacer...) ou une difficulté grave pour au moins deux activités.
Modalités	<p>Versée en nature ou en espèces.</p> <p>Elle finance 5 types d'aides :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aides humaines (y compris des aidants familiaux), concourant aux actes essentiels de la vie quotidienne. Exemple : des auxiliaires de vie. • Aides techniques (équipements adaptés ou conçus pour compenser une limitation d'activité). Exemples : achat d'un fauteuil roulant, d'un ordinateur à lecture optique. • Aménagement du logement, du véhicule ou financement des surcoûts liés au transport. • Aides spécifiques ou exceptionnelles (lorsque le besoin n'est pas financé par une autre forme d'aide). • Aides animalières, contribuant à l'autonomie de la personne handicapée. Exemple : entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.

PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Démarches d'obtention

1. La demande de Prestation de compensation est exprimée sur un **formulaire remis par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** qui doit être rempli, signé et complété par diverses pièces justificatives, dont un **certificat médical du médecin traitant**.
2. Si elle le souhaite, la personne handicapée commence par exprimer ses besoins et ses aspirations dans son « **projet de vie** ». L'équipe de la MDPH peut apporter une aide pour formuler ce projet de vie.
3. Une **équipe pluridisciplinaire** est ensuite chargée d'évaluer les besoins de la personne et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux. Cette équipe rencontre la personne handicapée et se rend sur son lieu de vie pour apprécier ses besoins.
4. A la suite du dialogue avec la personne concernée, l'équipe construit un « **plan personnalisé de compensation** », qui comprend des propositions en réponse à des besoins divers. Ce plan est transmis à la personne handicapée qui dispose de 15 jours pour faire des observations.
5. Le bilan de l'évaluation des besoins et le plan proposé par l'équipe d'évaluation sont présentés à la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** qui prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations. Les associations de personnes handicapées sont membres de cette Commission à la quelle la personne concernée peut participer ou se faire représenter.
6. Le patient reçoit le plan personnalisé définitif avec attribution de la **Prestation de compensation du handicap (PCH)**.

Items utilisé par la CDAPH pour juger du degré d'autonomie (Grille AGGIR)

Cohérence	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
Toilette	Concerner l'hygiène corporelle
Habillage	S'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage
Alimentation	Manger les aliments préparés
Elimination	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacement à l'intérieur	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
Déplacement à l'extérieur	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
Communication à distance	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme

Pour chacun des 10 items, le médecin doit noter :

A : si le patient fait seul, habituellement, correctement

B : s'il fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : s'il ne fait pas

PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN ADULTE HANDICAPE

EMPLOI

- 1- Formation
- 2- Etablissement de travail protégé
 - o AP (= atelier protégé)
 - o CDTD (= centre de distribution de travail à domicile)
- 3- CAT (= centre d'aide pour le travail)
- 4- Emploi en milieu ordinaire de travail.

SOCIAL ET FINANCIER

- 1- Carte d'invalidité (si CDAPH $\geq 80\%$)
- 2- Macaron grand invalide civil
- 3- AAH (= allocation adulte handicapé)
- 4- Majoration pour vie autonome
OU
Complément de ressources
- 5- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- 6- Aide au logement :
 - ALS (= aide au logement à caractère social)
 - APL (= aide personnalisée au logement)
 - ALF (= allocation logement à caractère familial).
- 7- Affectation à l'assurance vieillesse systématique (= passage direct à la « retraite au titre d'incapacité »).
- 8- Carte de priorité pour personne handicapée

HEBERGEMENT

1. Foyer d'hébergement
2. Foyer de vie ou occupationnel
3. Maison d'accueil spécialisé.

Remarque :

Certaines prestations comme l'allocation compensatrice peuvent être encore en vigueur chez certains sujets.

En effet, les patients bénéficiant de cette allocation avant février 2005 peuvent la conserver jusqu'à échéance de son droit. A la date d'échéance, l'allocation compensatrice sera remplacée par la majoration de vie autonome ou le complément de ressources.

EMPLOI - FORMATION

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :

- La **CDAPH**:
 - reconnaît s'il y a lieu la **qualité de travailleur handicapé**
 - classe le travailleur au regard de la gravité de son handicap, de sa capacité à exercer une activité professionnelle, dans l'une des catégories **A, B ou C**.
 - oriente les personnes :
 - ✓ vers une formation,
 - ✓ vers un établissement de travail protégé,
 - ✓ ou décider qu'elles relèvent d'un emploi en milieu ordinaire de travail.
- Cette reconnaissance d'aptitude au travail est obligatoire pour bénéficier des mesures d'aides à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- En revanche, la reconnaissance de travailleur handicapé n'a pas d'incidence sur l'attribution des allocations et sur la carte d'invalidité.

Formation professionnelle :

- Elle peut être **dispensée** :
 - soit dans des établissements agréés par la Sécurité sociale, centres de rééducation professionnelle adaptés à des travailleurs handicapés,
 - soit dans l'ensemble des autres organismes de formation professionnelle.
- Différents types :
 - Les **centres de rééducation professionnelle**
 - ✓ Ils préparent aux métiers du secteur agricole, industriel ou commercial,
 - ✓ sur une durée d'une à trois années.
 - ✓ Pour les stages agréés, les stagiaires en formation sont rémunérés.
 - Le **contrat de rééducation chez l'employeur**
 - ✓ But=enseignement d'un métier ou le ré-entraînement à l'exercice de l'ancienne profession.
 - ✓ Un contrat de travail à durée indéterminée est conclu entre l'organisme de prise en charge le salarié et l'employeur.
 - L'**apprentissage**
 - ✓ Formation théorique et pratique donnée à des jeunes handicapés de 16 à 26 ans, sanctionnée par un diplôme de l'enseignement technique.
 - ✓ Il y a un contrat de travail et rémunération par l'employeur.

EMPLOI – FORMATION (SUITE)

Emploi en milieu ordinaire

- La **CDAPH** peut proposer une orientation en milieu ordinaire de travail.
- En revanche, elle ne propose pas d'emplois.
 - En **entreprise**
 - ✓ Le placement relève de la compétence de l'**ANPE**.
 - ✓ Pour la recherche d'emploi, la **CDAPH** peut proposer l'aide d'une équipe de préparation et de suite du reclassement (EPSR).
 - ✓ Diverses dispositions favorisent l'emploi des personnes handicapées : aménagement de poste, aides de l'Etat et de l'AGEFIPH et abattements de salaires compensés.
 - ✓ En application de la loi du 10.07.1987, tout employeur occupant au moins 20 salariés est tenu d'employer 6 % de personnes handicapées, la loi prévoyant toutefois d'autres possibilités de s'acquitter partiellement de cette obligation d'emploi.
 - ✓ Etre reconnu travailleur handicapé par la **CDAPH** permet de faire partie des bénéficiaires de cette loi.
 - Dans la **fonction publique d'Etat**, dans la **fonction publique territoriale**, dans la **fonction publique hospitalière**
 - ✓ L'accès à la fonction publique se fait en principe par concours ou par examen.

Emploi en établissement de travail protégé

- Les **ateliers protégés (AP)** et les **centres de distribution de travail à domicile (CDTD)**
- Ce sont des entreprises employant au moins 80 % des travailleurs handicapés qui peuvent exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités.
- Ces entreprises doivent favoriser l'insertion et la formation professionnelle en tenant compte du handicap du travailleur.
- Le CDTD offre en sus la possibilité de travailler à domicile.
- Le salaire versé par l'employeur est complété par l'Etat au titre de la garantie de ressources.

Les centres d'aide par le travail (CAT)

- **Etablissements médico-sociaux** proposant aux personnes handicapées une activité productive, directement en leur sein ou dans le cadre de détachement en milieu ordinaire.
- Ils offrent les soutiens sociaux, éducatifs, médicaux et psychologiques qui conditionnent cet exercice.
- Après une période d'essai, la personne handicapée bénéficie de la garantie de ressources (salaire direct versé par le CAT et complément de rémunération versé par l'Etat).

AIDES SOCIALES ET FINANCIERES

La carte d'invalidité :

- Elle est délivrée sur commande par le préfet ; **durée déterminée par la CDAPH**; personnes dont le **taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %** et qui résident en France.
- La carte station debout pénible donne accès à des places de transports en commun.
- La **CDAPH** évalue le taux d'incapacité de la personne handicapée sur la base d'un barème.
- Elle procure des avantages fiscaux ainsi que des avantages dans les transports en commun.

Le macaron Grand Invalide Civil (GIC) :

- Il permet à son titulaire ou à son accompagnateur d'utiliser les **places réservées à l'attention exclusive des véhicules des personnes handicapées**.
- Peuvent y prétendre les personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité et qui présentent un handicap physique, sensoriel ou mental qui réduit de façon importante l'autonomie de déplacement ou qui impose d'être accompagné par une tierce personne lors des déplacements.
- Il est délivré pour la **même durée que la carte d'invalidité**.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) :

- Elle est attribuée aux personnes dont le **taux d'incapacité est au moins égal à 80 %** ou aux personnes dont le taux d'incapacité est inférieur à ce taux et au moins égal à **50 %** et qui sont, **compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la CDAPH de se procurer un emploi**.
- La **CDAPH** apprécie cette incapacité sur la base d'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.
- En plus des conditions médicales, son attribution est soumise à des conditions administratives examinées par les CAF ou les CMSA, à savoir : âge, nationalité, résidence et ressources.

Majoration pour vie autonome OU complément de ressources

- Remplace le complément d'AAH
- Ne sont pas cumulable
- Se distinguent par certains critères :
 - Majoration pour vie autonome = destinée aux personnes handicapées qui peuvent travailler mais ne travaillent pas. Elle a pour objectif de favoriser la vie autonome en allégeant les charges d'un logement indépendant.
 - Complément de ressources= s'adresse aux personnes handicapées qui se trouvent dans l'incapacité quasi absolue de travailler. Ce complément majore leur AAH à taux plein pour constituer la Garantie des ressources aux personnes handicapées (GRPH). Celle-ci vise à permettre une vie aussi autonome que possible aux personnes handicapées durablement privées de revenu d'activité.

L'allocation compensatrice :

- Celle-ci a disparu, remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH)
- Cependant les sujets bénéficiant de cette allocation avant février 2005 peuvent la conserver jusqu'à échéance de son droit
- Allocation d'aide sociale accordée à toute personne handicapée dont l'état nécessite une aide effective pour les actes essentiels de l'existence ou à qui l'exercice d'une activité professionnelle impose des frais supplémentaires.
- Son attribution est soumise à des conditions de ressources et de résidence.
- Elle est versée par les services du Conseil Général.

Prestation de compensation du handicap (PCH) = (cf descriptif précédent)

L'aide au logement :

- Allocation au logement à caractère social (ALS), allocation de logement à caractère familial (ALF) ou aide personnalisée au logement (APL).
- Demande à formuler auprès de la caisse d'allocations familiales.

L'affiliation à l'assurance vieillesse pour les non-affiliés à un autre titre :

- Elle peut être demandée par les personnes qui assurent au foyer familial la charge d'un adulte handicapé dont l'incapacité est au moins égale à 80 % et dont le maintien au foyer est reconnu souhaitable par la CDAPH.
- Elle est soumise à un plafond de ressources.

ORIENTATION EN ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL OU D'HEBERGEMENT

Foyers d'hébergement :

- Pour travailleurs handicapés exerçant une activité
- En CAT
- En atelier protégé
- En milieu ordinaire

Foyers de vie ou occupationnels :

- Pour les personnes handicapées
- N'étant **pas en mesure d'exercer une activité professionnelle**
- mais bénéficiant d'un minimum d'autonomie pour accomplir les actes simples de la vie quotidienne.

Maisons d'accueil spécialisées :

- Temporaire ou de longue durée
- **En Internat**
- Pour personnes handicapées âgées de **moins de 60 ans**
- Dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants

DEFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de la capacité de travail ou de gain • Mettant le sujet hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque • Avec un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité
CONDITIONS D'ACCES	<ul style="list-style-type: none"> • La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due : <ul style="list-style-type: none"> ◦ à une <u>maladie</u> ◦ ou à un <u>accident non professionnel</u> • Le travailleur doit : <ul style="list-style-type: none"> ◦ être âgé de <u>moins de 60 ans</u> ◦ être immatriculé depuis 12 mois au premier jour du mois au cours duquel débute l'affection invalidante ◦ justifier d'un minimum d'heures de travail
FONCTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la " capacité de travail restante ", de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle (art. L341.3 du code de la séc. soc.) • L'état d'invalidité intervient : <ul style="list-style-type: none"> ◦ en relais de l'assurance maladie (en général au bout de <u>3 ans</u> de versements d'indemnités journalières (notion de prestations en espèces)) ◦ lors de la constatation médicale d'une " usure prématurée de l'organisme " • La demande est faite <ul style="list-style-type: none"> ◦ soit par la <u>caisse d'assurance maladie</u> ◦ soit par le salarié (avec appui du médecin traitant ou de l'ophtalmologiste traitant). • L'évaluation de l'importance de l'invalidité est de la responsabilité du médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie. Le classement se fait en 3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>catégorie 1</u> : l'invalidé est capable d'exercer une activité <u>rémunérée au tiers de ses capacités antérieures*</u> ◦ <u>catégorie 2</u> : l'invalidé est (+/-absolument) incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque ◦ <u>catégorie 3</u> : l'invalidé est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • Attention à bien différencier la <u>notion d'invalidité reconnue par l'organisme d'assurance maladie</u>, et l'aptitude à un poste de travail formulée par le médecin du travail. • Il détermine l'aptitude au poste lors de la reprise du travail à temps partiel du salarié en invalidité 1^{ère} catégorie, ou sous certaines conditions du salarié classé en 2^{ème} catégorie.

* Un patient X perd son emploi par cause d'invalidité. S'il retrouve un nouvel emploi rémunéré à moins d'un tiers de son ancien salaire (ou s'il n'en retrouve pas), il doit être classé dans la catégorie 2. La grille indicative du taux d'invalidité de son handicap est mise à part, car il y a eu un préjudice professionnel et financier. Le montant de sa pension sera calculée en fonction de son classement en catégorie 2. (Cf ci après)

L'INVALIDITE

ASPECT FINANCIER

- **Le montant de la pension est calculé :**
 - sur la **base d'une rémunération moyenne** qui prend en compte les dix meilleures années de salaire du patient
 - **en fonction du groupe d'invalidité** dans lequel le patient se trouve. Selon qu'il **puisse continuer ou non à exercer une activité professionnelle** et qu'il ait besoin ou non d'une Tierce Personne pour accomplir les actes de la vie courante.
- **Montant en fonction du groupe d'invalidité :**
 - Montant de la pension **première** catégorie : correspond à **30 % du salaire annuel** moyen des dix meilleures années du patient qui peut continuer à exercer une activité professionnelle.
 - Montant de la pension **deuxième** catégorie : à **50 % du salaire annuel** moyen des dix meilleures années du patient. L'attribution de cette pension ne lui permet plus de travailler.
 - Montant de la pension **troisième** catégorie : correspond à **50 % de son salaire** moyen annuel des dix meilleures années. **Le minimum mensuel étant plus élevé que dans la deuxième catégorie**
- **Le versement :**
 - Le versement est **mensuel jusqu'à l'âge de 60 ans**. Il est effectué à terme échu.
 - **Après 60 ans**, la pension est supprimée et **transformée en pension de vieillesse**.
Selon l'évolution de l'état de santé du patient, la pension peut faire l'objet d'une révision, d'une suspension voire d'une suppression.

L'INVALIDITE

<p>CONSEQUENCES PRATIQUES POUR LE PATIENT MALVOYANT OU AVEUGLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures économiques spécifiques: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pension d'invalidité ○ Remboursement des soins à 100% ○ Versement d'une allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) sous certaines conditions. ○ L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) peut éventuellement s'ajouter à la pension d'invalidité. ○ Le montant de l'allocation d'assurance chômage servie aux bénéficiaires d'une pension de la deuxième ou troisième catégorie ou d'une pension d'invalidité acquise à l'étranger est égal à la différence entre le montant de l'allocation et de la pension d'invalidité. • Autres mesures (cf reste du chapitre)
<p>REMARQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La " pension d'invalidité ", évaluée par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie, est le plus souvent attribué en relais des prestations en espèces, à l'expiration de la période indemnisable. • L'invalidité n'est jamais définitive, et le classement peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé, et de la possibilité de reprendre une activité professionnelle, à la demande de l'assuré ou à l'initiative de l'organisme de couverture sociale. • En cas de reprise d'activité salariée, la pension du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de son salaire dépasse le salaire qu'il percevait avant son arrêt de travail suivi d'invalidité. En cas de reprise d'activité professionnelle non salariée, la pension d'invalidité du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de sa rémunération dépasse un plafond de ressources

**N°50. COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITE ET DU
DECUBITUS. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE.**

Cutanées	<ul style="list-style-type: none"> • Escarre.
Cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Oedème • Thromboses veineuses • Hypotension orthostatique.
Pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de ventilation au niveau des bases pulmonaires, atélectasies • Pneumopathies • Syndrome d'inhalation (par fausses routes) • Embolie pulmonaire (par thrombophlébite)
Urinaires	<ul style="list-style-type: none"> • Infections urinaires • Lithiases urinaires • Incontinence / RAU
Digestives	<ul style="list-style-type: none"> • RGO • Fausses routes alimentaire • Constipation
Locomotrices et neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Compressions nerveuses • Rétractions musculo-tendineuses • Ostéoporose
Métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition • Déshydratation
Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression

Cutané	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne nutrition et bonne hydratation • Nursing : <ul style="list-style-type: none"> → Matelas spécifique → Changement de position → PAS de massage des points de compression • Bonne hygiène locale
Cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Thromboses : <ul style="list-style-type: none"> → Mobiliser les membres → HBPM → Bas de contention • Hypotension orthostatique : <ul style="list-style-type: none"> → Eviter médicaments hypotenseurs → Réadaptation à l'orthostatisme (lever en plusieurs phases) → Bas de contention
Pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapie • Vaccin anti-grippal • Eviter les antitussifs
Urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter une infection urinaire si symptomatique • Traiter toute incontinence • Sonder tout globe
Digestive	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la dénutrition • Bonne hydratation • Bassin régulier et dépistage d'un fécalome ± laxatifs
Locomoteur et neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation passive et active précoce • Bilan phospho-calcique
Métabolique	<ul style="list-style-type: none"> • Régime hypercalorique et hyperprotidique • Hydratation • Pas d'aliments anorexigènes
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminer une cause organique • Soutient psychologique • Limiter les psychotropes
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Antalgique OMS (palier I à III) • Evaluation de la douleur (EVA)

Notes personnelles

N°51. L'ENFANT HANDICAPE : ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE.



LOI DU 11 FEVRIER 2005
(Et ensemble des précisions du ministère de la santé et de la solidarité de 2005 à 2007)

Avant la loi du 11 février 2005	Après la loi du 11 février 2005 + précisions du ministère
<ul style="list-style-type: none"> • <u>COTOREP</u>= Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel • <u>CDES</u>= Commission Départementale de l'éducation spéciale) • <u>SVA</u>= Service pour la Vie Autonome 	<p align="center"><u>CDAPH</u>= Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées</p> <p align="center"><u>MDPH</u> = Maison Départementale des Personnes Handicapées</p>
<u>AES</u> = Allocation d'Etude Spécialisé	<u>AEEH</u> = Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
-	<u>ESS</u> = Equipe de Suivi Spécialisé
<u>APP</u> = Allocation de Présence parentale	<u>AJPP</u> = Allocation Journalière de Présence parentale

(Le SVA concerne l'achat de matériel onéreux)

CDAPH=
Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

MDPH =
Maison Départementale des Personnes Handicapées

ESS=
Equipe de Suivi Spécialisé

PPS=
Projet Personnel de Scolarisation

PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN ENFANT HANDICAPÉ

TYPE DE PRISE EN CHARGE

- 1-Multidisciplinaire
- 2-Coordonnée
- 3-Adaptée à l'environnement
- 4-Avec un suivi régulier
- 5-Avec comme buts principaux :
 - Limiter un handicap majeur
 - Empêcher une exclusion

INTERVENANTS MIS EN JEU

- 1-Médecin (pédiatre, psychiatre, neurologue)
- 2-Kinésithérapeute / orthophoniste
- 3-Puéricultrice / infirmière
- 4-Psychologue
- 5-Ergothérapeute / orthoptiste / psychomotricien
- 6-Enseignant / éducateur

1-Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement :

- Hospitalier
- Service de rééducation fonctionnelle
- MECS (= maisons d'enfants à caractères sanitaires)

2-Structures sanitaires sans possibilités d'hébergement :

- CAMPS (= centre d'action médico-social précoce)
- CMP (= centre médico-pédagogique)
- CMPP (= centre médico-psycho-pédagogique)

3-Structures médico-éducatives :

- IME (= institut médico-éducatif)
- IMP (= institut médico-pédagogique)
- IEM (= instituts d'éducation motrice)
- SESSAD (=service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

4-Structures éducatives pures :

- CLIS (= classe d'intégration scolaire)
- UPI (= unités pédagogiques d'intégration)
- EREA (= établissements régionaux d'enseignement adapté)
- SEGPA (= section d'enseignement général et professionnel adapté)

5-Aide sociale et financière :

- 100%
- AEEH (= allocation d'éducation de l'enfant handicapé)
- AJPP (= allocation journalière de présence parentale)

6-Puis à l'âge adulte :

- CAT (= centre d'aide pour le travail)
- IM-Pro (= institut médico-professionnel)
- AAH (= allocation adulte handicapé)
- Carte invalidité

PRECISIONS SUR LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Structures sanitaires sans possibilité d'hébergement	<p>CENTRES MEDICO-PEDAGOGIQUES (CMP)</p> <p>CENTRES MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CMPP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Type de handicap pris en charge <ul style="list-style-type: none"> ○ pédopsychiatrique ○ psychologique • Critères et fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> ○ enfants de plus de 6 ans ○ pas d'hébergement ni de scolarité ○ sur le mode de consultations. • Equipe soignante <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychiatres ○ Psychologues ○ rééducateurs en psychomotricité ○ orthophonistes ○ assistantes sociales • Remboursement des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ pris en charge par la CPAM
	<p>CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostic précoce du handicap et dépistage ○ Prise en charge pluridisciplinaire ○ Avant l'âge de 6 ans ○ En soins externes sans scolarité • Remboursement des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de nécessité d'accord préalable ○ Remboursement des consultations et des séances de rééducation par la CPAM

Structures médico-éducatives	INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS (IME)	<ul style="list-style-type: none"> • Handicap concerné : <ul style="list-style-type: none"> ○ déficit intellectuel avec ou sans problème de comportement ○ déficit moteur • Critères et fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> ○ scolarité spécialisée ○ des externats médico-éducatifs (rentrent chez eux le soir) ○ internats (au domicile le week-end et les vacances scolaires). • Remboursement des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ entente préalable de la CDAPH ○ pris en charge par la CPAM
	SERVICES DE SOINS ET D'EDUCATION SPECIALISEE A DOMICILE (SESSAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Modalités : <ul style="list-style-type: none"> ○ équipe pluridisciplinaire ambulatoire ○ pour des enfants jusqu'à 18 ans. • Remboursement des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ entente préalable de la CDAPH ○ pris en charge par la CPAM
Aides sociales et financières	AIDES A INCIDENCE FINANCIERE	<ul style="list-style-type: none"> • Demande faite sur dossier • Commission plénière (la commission plénière comprend des médecins, des psychologues, assistantes sociales, enseignants, administratifs) • Avis du dossier • Décision de la CDAPH • Attribuées pour des périodes de 1 à 5 ans renouvelables.

	CDAPH	<ul style="list-style-type: none"> • But=aide parentale pour la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ○ éducative ○ l'orientation scolaire • Fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> ○ décisions d'orientation de la CDAPH ○ propositions aux parents ○ programmées avec les structures sanitaires ou médico-éducatives sans internat.
	CARTE D'INVALIDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Condition : <ul style="list-style-type: none"> ○ après examen clinique par expert médical ○ >80 % d'invalidité. • Avantages : <ul style="list-style-type: none"> ○ Gratuité d'un transport aller-retour par jour pour aller à l'école en transport collectif ou individuel. ○ Une demie-part d'impôt supplémentaire pour les parents ○ Dégrèvement possible pour la taxe d'habitation et l'impôt foncier

<p align="center">ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE AEEH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplace l'ex-AES (allocation d'éducation spécialisée) • Condition : <ul style="list-style-type: none"> ○ au moins 80 % d'invalidité isolément ○ 50 % en association avec des soins réguliers de rééducation ○ dépenses régulières prouvées pour son éducation. • Avantages : <ul style="list-style-type: none"> ○ hospitalisation : exonération du forfait journalier ○ périodes où l'enfant n'est pas hébergé la nuit dans un établissement spécialisé : Aide financière propre
<p align="center">ALLOCATION JOURNALIERE DE PRESENCE PARENTALE AJPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplace l'APP (Allocation de présence parentale) • Versée par la CAF • Elle permet de suspendre ou de réduire l'activité professionnelle afin de s'occuper de l'enfant • Condition : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'enfant à charge doit avoir moins de 20 ans, et être victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap d'une « particulière gravité » justifiant la présence d'un parent à ses côtés pour assurer les soins ○ le ou les parents doivent prendre des congés, afin de pouvoir rester auprès de l'enfant • Elle n'est pas soumise à condition de ressources. Son montant varie en fonction : <ul style="list-style-type: none"> ○ du nombre de jours de congés ○ de la composition de la famille

Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement	<p align="center">SERVICES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eléments pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> ○ soins ○ scolarité • Mode de fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> ○ hospitalisation de jour ○ hospitalisation de semaine ○ hospitalisation complète. • L'entrée : <ul style="list-style-type: none"> ○ directement ○ sans accord préalable de la Sécurité Sociale, ○ après décision du médecin responsable du service ○ sur des critères médicaux. • Le remboursement des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ incombe à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), lorsqu'il s'agit d'un transfert direct à partir d'un hôpital.
--	---	---

Notes personnelles

N°52. LE HANDICAP MENTAL. TUTELLE, CURATELLE, SAUVEGARDE JUSTICE.

DEFICIENCE MENTALE

Déficiences intellectuelles	Déficiences du psychisme
<ul style="list-style-type: none"> • Déficiência de l'intelligence : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Retard mental profond, sévère, moyen, léger, limite ◦ Démence • Déficiência de la mémoire : Amnésie • Déficiência de la pensée : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Délíres : déficiencia du contenu de la pensée (schizophrénie, PHC, manie délirante...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficiência de la conscience : Délírium Tremens, confusion mentale • Déficiência de l'attention : syndrome hyperkinétique • Déficiência de l'émotion (pulsions), de l'affect, de l'humeur : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dépression, accès maniaque, anxiété majeure ◦ Toxicomanie, alcoolisme ◦ Trouble du comportement alimentaire • Déficiência des fonctions psychomotrices : hyperactivité, tics...

	Indications	Documents nécessaires
HDT	Troubles rendant impossible le consentement de la personne	1-demande d'HDT signée par un tiers 2-carte d'identité du tiers et du patient 3-1 ^{er} certificat médical (médecin extérieur) 4-2 ^e certificat médical
HO	Sujet compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes	1-certificat médical (médecin extérieur) 2-arrêt préfectoral motivé

-Date ...

-Je soussigné Docteur...

-Certifie avoir examiné ce jour ...

-Né le ... à ...

-Domicilié ...

-Et avoir constaté les troubles suivants...

-Ces troubles rendent impossible son consentement

-Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier

-Son état justifie son HDT dans un établissement mentionné aux articles L3222-1 du code de la santé publique en vertu de la loi du 27 juin 90

-Signature ...

-Tampon...

-Date ...

-Je soussigné Docteur...

-Certifie avoir examiné ce jour ...

-Né le ... à ...

-Domicilié ...

-Et avoir constaté les troubles suivants...

-Ce comportement compromet l'ordre public et la sûreté des personnes

-Son état justifie son HO dans un établissement spécialisé habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en application de l'article L3222-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 27 juin 90

-Signature ...

-Tampon...

	<u>La sauvegarde de justice</u>	<u>La curatelle</u>	<u>La tutelle</u>
Définition	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure de protection <ul style="list-style-type: none"> ◦ légère ◦ immédiate ◦ simple • Les capacités civiles et civiques du patient persistent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure intermédiaire entre la sauvegarde de Justice et la Tutelle. • Destinée aux malades qui, sans être hors d'état d'agir par eux-mêmes, ont besoin : <ul style="list-style-type: none"> ◦ d'être conseillés ◦ ou contrôlés dans les actes de la vie civile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure de protection <ul style="list-style-type: none"> ◦ complète ◦ durable ◦ du majeur • Entraînant une incapacité civile presque totale.
Indications	<ul style="list-style-type: none"> • Patients porteurs d'une pathologie compatible avec la vie sociale mais risquant d'agir à l'encontre de leurs propres intérêts. • Patients aux facultés mentales altérées de façon transitoire (comateux...). • Patients nécessitant une mesure de protection rapidement avant l'instauration d'une tutelle ou d'une curatelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes dont les facultés mentales sont altérées • Les personnes dont les facultés corporelles sont altérées empêchant l'expression de la volonté. • Les prodiges, les oisifs, les intempérants qui risquent de tomber dans le besoin ou compromettre l'exécution de leurs obligations familiales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie durable • Handicap durable • Patient nécessitant une protection durable

	<u>Sauvegarde de Justice</u>	<u>Curatelle</u>	<u>Tutelle</u>
Demande faite par	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin traitant • Procureur • Juge des tutelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient • Famille • Curateur • Procureur • Juge des tutelles 	
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical (psychiatrique) • Ou décision du Juge des tutelles • Déclaration au Procureur de la république 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical (psychiatre expert) • Instruction de la demande par le Juge des tutelles • (audition de l'intéressé) 	
Durée	<ul style="list-style-type: none"> • Transitoire = 2 mois • Renouvelable jusqu'à 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Durable 	
Droits	<ul style="list-style-type: none"> • Civiques: conservés • Politiques : conservés 	<ul style="list-style-type: none"> • Civiques: partiels • Politiques : partiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Civiques: perdus • Politiques : perdus
Effets	<ul style="list-style-type: none"> • Actes annulés ou réduits • Parfois annulation d'actes antérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes sous tutelle : nuls de droit • Actes antérieurs : annulables 	
Cessation	<ul style="list-style-type: none"> • Automatique au bout de 2 mois • Sur déclaration médicale • Si ouverture d'une tutelle, curatelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Jugement de mainlevée (procédure identique à celle de l'ouverture) • Sur demande du Juge des tutelles 	
Gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des biens assurée par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mandataire volontaire (désigné par le patient) ○ Mandataire judiciaire (désigné par le juge) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuteur désigné par le Juge des tutelles 	

-Date ...

-Je soussigné Docteur...

-Certifie avoir examiné ce jour ...

-Né le ... à ...

-Domicilié ...

-Et avoir constaté les troubles suivants...

L'état psychique de M. X le rend incapable d'apprécier les actes qu'il pourrait être amené à signer et nécessite le recours à la loi de 1968 sur la protection des incapables majeurs, en l'occurrence une **Sauvegarde de Justice**.

-Signature ...

-Tampon...

Notes personnelles

N°53. PRINCIPALES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION.

LES OBJECTIFS DE LA REEDUCATION

1. Levée de l'inhibition douloureuse
2. Lutte contre les rétractions musculotendineuses et ligamentaires
3. Maintien des amplitudes articulaires fonctionnelles
4. Lutte contre l'amyotrophie et renforcement musculaire
5. Lutte contre les attitudes vicieuses
6. Réadaptation à l'effort
7. Travail de l'équilibre et de la marche et rééducation proprioceptive
8. Education du patient (économie articulaire et hygiène de vie)

LES TECHNIQUES DE REEDUCATION

1. La kinésithérapie passive :
 - a. Diminuer les douleurs
 - b. Préserver la trophicité musculaire
 - c. Gain d'amplitude
2. La kinésithérapie active :
 - a. Renforcement musculaire
 - b. Rééducation sensori-motrice
3. La physiothérapie :
 - a. La physiothérapie par le chaud
 - b. La physiothérapie par le froid
 - c. L'électrothérapie
 - d. Les ondes courtes (ultrasons)
4. L'hydrothérapie :
 - a. Le massage en jet
 - b. La balnéothérapie
5. L'ergothérapie :
 - a. Optimiser les fonctions restantes par l'utilisation d'aides techniques
 - b. L'aménagement du domicile

PRINCIPES DE PRESCRIPTION DES TECHNIQUES DE REEDUCATION (arrêté du 4 octobre 2000)

Intervenant	Rôle de l'intervenant
Médecin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescription <ol style="list-style-type: none"> a. Zone à traiter b. Indication de la rééducation 2. Autres informations susceptibles de modifier la cotation des actes=ALD 30 3. Autres les éléments utiles (sans obligation) <ol style="list-style-type: none"> a. Nombre et fréquence des séances b. Mention « en urgence » ou « à domicile ». c. Informations médicales utiles à la rééducation
Kinésithérapeute	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bilan diagnostique (si le nombre de séances prévu est \geq à 10) <ol style="list-style-type: none"> a. Bilan des déficiences et des incapacités fonctionnelles b. Testing musculaire c. Amplitudes articulaires d. Rétractions tendino-ligamentaires et musculaires. 2. Protocole thérapeutique <ol style="list-style-type: none"> a. Nombre et rythme des séances. b. Objectifs c. Techniques de rééducation. 3. Communication au médecin prescripteur <ol style="list-style-type: none"> a. Bilan b. Evolution des soins

PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

1-Forme de la prescription médicale :

- **Médecin** : nom, fonction, numéro de siret, cachet, signature
- **Patient** : nom, prénom
- **Lieu, date**
- +/- ordonnance à 100%
- +/- entente préalable à la sécurité sociale (par le kiné)

2-Contenu de la prescription médicale :

- Caractère **urgent**
- **Articulations** en cause
- **Lieu** : domicile, centre, piscine
- **Social** : 100%, accident du travail
- Contre-indications
- **Fréquence et nombre** de séances
- **Type** : active, passive, proprioceptive, physiothérapie
- Buts (en respectant le secret médical)

NB : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV

PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

1-Forme de la prescription médicale :

- **Médecin** : nom, fonction, numéro de siret, cachet, signature
- **Patient** : nom, prénom
- **Lieu, date**
- +/- ordonnance à 100%
- +/- entente préalable à la sécurité sociale (par l'orthophoniste)

2-Contenu de la prescription médicale :

- « **Bilan orthophonique** »
- « **Avec rééducation si nécessaire** »
- « **Dans le cadre de...** »

NB : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre IV

Notes personnelles

N°65. BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET EVALUATION D'UNE DOULEUR AIGÜE ET CHRONIQUE.

DEFINITION

Douleur :

- « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion ».

Type de douleur :

- Douleur aiguë.
- Douleur chronique : dans ce cas, la douleur est supérieure ou égale à 3 mois (++++)

3 ETIOLOGIES

Douleur nociceptive :

- Cause : excès de stimulations nociceptives.

Douleur neuropathique :

- Cause : origine nerveuse.

Douleur idiopathique et psychogène (sine materia) :

- Diagnostic d'élimination : après un bilan clinique et paraclinique complet.

PHYSIOLOGIE

Récepteurs cutanés (= nocicepteurs) :

- Tactiles = fibres myélinisées de gros diamètre A α et A β .
- Douleur initiale brève = fibres myélinisées A δ (mécano-nocicepteurs).
- Douleur diffuse et prolongée = fibres amyéliniques C (récepteurs polymodaux, sensibles aux stimulus mécaniques, thermiques, chimiques).

Voies nociceptives périphériques = protoneurone :

- Conduit l'influx des nocicepteurs jusqu'à la corne postérieure de la moelle.

Moelle dorsale = deutoneurone :

- Transmission spinothalamique (voies ascendantes médullaires).

Centres supérieurs = le troisième neurone :

- Assure la transmission thalamocorticale.

3 systèmes de contrôle :

(mécanisme inhibiteur de la douleur)

- Le Gate Control
- Le système opioïde
- Les systèmes sérotoninergiques et adrénergiques.

CARACTERISTIQUES DES DOULEURS AIGUES / CHRONIQUES

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Signe d'alarme utile. • Le plus souvent protectrice. • Oriente le diagnostic. • Symptôme 	<ul style="list-style-type: none"> • Inutile, détruit physiquement, psychologiquement et socialement. • Syndrome ou maladie qui dure depuis 3 mois.
Aspect évolutif	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur transitoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur permanente, récurrente ou répétitive.
Mécanisme générateur	<ul style="list-style-type: none"> • Unifactoriel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plurifactoriel.
Réactions végétatives	<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien : rôle des composantes de la douleur qui maintiennent ou amplifient la douleur.
Retentissement psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression : perte de l'appétit, troubles du sommeil, irritabilité, repli sur soi, diminution de la tolérance à la douleur.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Curatif= étiologique, • Antalgique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pluridimensionnel (somato-psycho-social). • Ré-adaptatif, anxiolytiques, antidépresseurs.

COMPARAISON DES DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS

	Excès de nociception	Douleur neurogène
Rythme	<ul style="list-style-type: none"> • Rythme mécanique • Rythme inflammatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Continue ou intermittente • Fulgurante (décharges électriques) • Dysesthésies (fourmillements, picotements, ...)
Topographie	<ul style="list-style-type: none"> • Topographie locale • Topographie régionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Topographie compatible avec un territoire neurologique
Examen neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoesthésie ou hyperesthésie (allodynie) • Territoire neurologique
Sensibilité aux thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésiques « classiques ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-convulsivants • Et/ou antidépresseurs

COMMENT EVALUER ?

- Toujours **croire le patient** qui dit avoir mal
- **Interrogatoire** et examen clinique
- **Faciès du malade, posture, limitation des mouvements, ...**
- **Outils d'évaluation**, si utilisables chez le malade
- Autres :
 - ✓ Interrogatoire des proches
 - ✓ Transmission du personnel paramédical

ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADULTE

EVS = Echelle Verbale Simple :

- Le patient quantifie sa douleur **subjectivement**.
- Le soignant quantifie de 0 à 3 (selon le tableau).
- Méthode se révélant la plus facile.

NON	Pas de douleur	0
UN PEU	Douleur modérée	1
BEAUCOUP	Douleur importante	2
ENORMEMENT	Douleur très intense	3

EVA = Echelle Visuelle Analogique :

- Il existe deux faces :
 - ✓ celle vue par le patient (non chiffrée)
 - ✓ celle vu par le soignant (chiffrée)

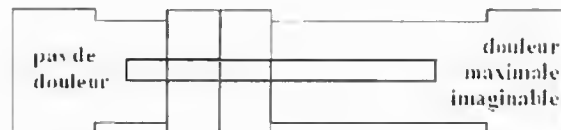
Echelle numérique :

Le patient cote sa douleur de 1 à 10.

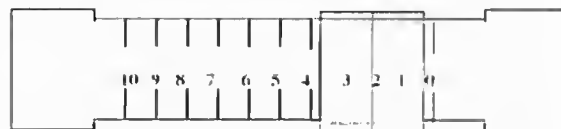
ECPA = Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée.

- Cf. page suivante.

Face EVA vue par le patient



Face EVA vue par le soignant



ECPA : ECHELLE COMPORTEMENTALE D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

Observation 5 mn avant les soins	Plaintes	0-Le sujet ne se plaint pas spontanément 1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée
	Regard et mimique	0-Visage détendu 1-Visage soucieux 2-Le sujet grimace de temps en temps 3-Regard effrayé et/ou visage crispé 4-Expression complètement figée
	Position spontanée	0-Aucune position antalgique 1-Le sujet évite une position 2-Le sujet choisit une position antalgique 3-Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4-Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur
	Mouvements	0-Le sujet se mobilise comme d'habitude 1-Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements 2-Lenteur, rareté des mouvements 3-Immobilité 4-Prostration ou agitation

Observation pendant les soins	Relation à autrui	0-Présence d'un contact immédiat 1-Contact difficile à établir 2-Evite la relation 3-Absence de tout contact 4-Indifférence totale
	Anticipation anxieuse	0-Le sujet ne montre pas d'anxiété 1-Angoisie du regard, impression de peur 2-Sujet agité 3-Sujet agressif 4-Cris, soupirs, gémissements
	Mobilisation	0-Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1-Le sujet à un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2-Le sujet retient de la main le geste lors de la mobilisation ou des soins 3-Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4-Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins
	Soins des zones douloureuses	0-Aucune réaction pendant les soins 1-Réaction pendant les soins, sans plus 2-Réactions au toucher des zones douloureuses 3-Réactions à l'effleurement des zones douloureuses 4-L'approche des zones est impossible

	Plaintes pendant les soins	0-Le sujet ne se plaint pas 1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée
--	---	---

- Score maximal de 36
- Plus le score est élevé, plus la douleur est intense et agit sur le comportement

Notes personnelles

N°66. THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES, MEDICAMENTEUSES ET NON-MEDICAMENTEUSES.

TYPE DE PALIER OMS

Niveau 1 : analgésiques non-morphiniques :

- Paracétamol
- Aspirine
- Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (A.I.N.S.)
- Néfopam (Acupan®)

Niveau 2 : agonistes morphiniques faibles

(association entre analgésiques de niveau 1 et analgésiques morphiniques faibles) :

- Dextropropoxyphène
- Efferalgan codéiné
- Tramadol (Topalgic®)

Niveau 3 : agonistes morphiniques forts :

- Morphine
- Fentanyl transdermique(Durogésic®)

Niveau 3 : agonistes antagonistes :

- Nalbuphine (Nubain®)
- Buprénorphine (Temgésic®)
- Pentazocine (Fortal®)

RÈGLES D'UTILISATION DES PALIERS OMS

But :

- EVS = douleur faible à modérée
- EVA < 4

Règles d'utilisation :

- Escalade **progressive** dans les paliers.
- Escalade **progressive** dans les doses.

Tableau de correspondance :

EVS = Echelle Verbale Simple	EVA = Echelle Visuelle Analogique	Palier OMS à utiliser
Douleur faible à modérée	< 4	Palier 1
Douleur modérée à intense	4 < EVA < 7	Palier 2
Douleur intense à très intense	> 7	Palier 3

LES 5 PRINCIPES DE L'OMS : PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

1. Par la voie la moins invasive
2. **A intervalles réguliers**
3. Selon une **échelle d'intensité de la douleur**
4. De façon **adaptée** aux besoins individuels
5. Avec un constant souci du détail

LES GRANDS PRINCIPES DE PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

- Choisir un traitement **adapté au mécanisme de la douleur** : toute douleur n'est pas sensible aux antalgiques habituels (y compris la morphine).
- **Adapter la puissance** de l'antalgique à l'intensité de la douleur.
- Administrer l'antalgique à **horaires fixes** et non pas à la demande.
- Adapter une **posologie suffisante** pour avoir un effet réel.
- **Adapter la voie d'administration** à l'état du malade.
- **Personnaliser** la prescription.
- **Respecter les contre-Indications** pour éviter les incidents.
- **Prévenir les effets secondaires** pour éviter le rejet du traitement.
- Ne pas utiliser un placebo mais un antalgique vrai.
- **Ne pas associer deux antalgiques de même palier de puissance.**
- **Expliquer** le traitement et ses effets indésirables éventuels au malade et à son entourage.
- Ne pas oublier de **traiter la cause** des douleurs quand cela s'avère possible.
- **Réévaluer** régulièrement l'efficacité et les effets secondaires.

TRAITEMENT EN FONCTION DU TYPE DE DOULEURS

TYPE DE DOULEURS	TRAITEMENT
NOCICEPTIVE	Palier OMS : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 • Niveau 2 • Niveau 3
	Co-analgésique : <ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodiques : (Spasfon®) • Myorelaxants : (Valium®) • Corticoïdes • Biphosphonates • ...
NEUROPATHIQUE	Psychotrope (ATD) : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur chronique • Origine centrale
	Antiépileptique : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur aiguë • Origine périphérique
PSYCHOGENE	<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs tricycliques • Anti-convulsivants • Neuroleptiques

DOULEURS NEUROPATHIQUES

Composante paroxystique ?

et/ou

Composante continue ?

Antiépileptiques

Clonazepam : RIVOTRIL®
Carbamazepine : TEGRETOL®
Gabapentine : NEURONTIN®
(indication hors AMM sauf pour le
TEGRETOL® dans la névralgie faciale)

Neurostimulation transcutanée à
discuter selon :

- La localisation anatomique
- La coopération du patient
- L'absence d'anesthésie
complète

Antidépresseurs tricycliques

Amitriptyline : LAROXYL®
Clomipramine : ANAFRANIL®
Imipramine : TOFRANIL®
Desipramine : PERTOFRAN®

Efficacité ?

non

oui

- Ajout ou remplacement
par un antidépresseur
- Discuter une stimulation
transcutanée

Surveillance
réévaluation
régulière de la
douleur

Efficacité ?

non

oui

- Douleur mixte ?
- Revoir les traitements co-
antalgiques
- Discuter l'indication :
 - d'une stimulation transcutanée
 - d'une consultation pluridisciplinaire

Surveillance
réévaluation
régulière de la
douleur

ANTALGIQUES PALIER 1 ET 2

	Contre-indications	Effets secondaires
Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépato-cellulaire • Hypersensibilité connue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions allergiques • Hépatotoxicité • Risque de surdosage aigu avec cytolyse hépatique et hypophosphorémie.
Aspirine	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie connue à l'aspirine ou aux salicylés • Asthme • Insuffisance rénale évolutive • Maladies hémorragiques constitutionnelles ou acquises • Risques hémorragiques (ex. UGD) • Certaines viroses • Grossesse au 3^{ème} trimestre • Association aux AVK ou au Méthotrexate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions allergiques : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Eruption cutanée ➢ Bronchospasme ➢ Choc anaphylactique • Troubles digestifs : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Gastralgies ➢ Ulcérations gastriques ➢ Hémorragie digestive • Syndrome hémorragique • Risque de surdosage aigu !
Codéine	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie à la codéine, • Asthme, • Insuffisance respiratoire, • Insuffisance hépatique, • Toxicomanes, • Association aux agonistes – antagonistes morphiniques, • Grossesse – allaitement : éviter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation, • Nausées, • Somnolence, • Bronchospasme, • Risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal, • Surdosage : (codéine base ≥ 2 mg/kg/prise) myosis, excitation, somnolence, vomissements, convulsions, bronchoconstriction, arrêt respiratoire

ANTALGIQUES PALIER 3 : MORPHINIQUES

CADRE LEGAL DE PRESCRIPTION

Durée de prescription :

- 7 jours =
 - morphine injectable discontinue.
- 28 jours =
 - morphine injectable continue(par pompe),
 - morphine per os rapide (Actiskénan®, Sévrédol®)
 - morphine per os lente (Skénan LP®, Moscontin LP®)
 - fentanyl transdermique,
 - hydromorphone, oxycodone.

Ordonnance sécurisée pour les traitements ambulatoires.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

1. Insuffisance **respiratoire** sévère.
2. Insuffisance **hépatique** : TP < 60 %.
3. Insuffisance **rénale** : clairance < 50 ml/mn (utiliser la formule de Cockcroft).
4. Sujet âgé : > 65 ans.
5. Grossesse, allaitement.

PRODUIT	COEFFICIENT	DOSE ESTIMEE DE MORPHINE ORALE
Dextropropoxyphène	1 pour 6	60 mg = 10 mg de morphine
Codéine	1 pour 6	60 mg = 10 mg de morphine
Tramadol	1 pour 5	50 mg = 10 mg de morphine
Morphine	1 pour 1	OPIOIDE ETALON

EQUIVALENT DE DOSE

MORPHINE VOIE IV/ AUTRES VOIES

1 mg Morphine IV
 =
 1,5 mg Morphine sous-cutanée
 =
 3 mg Morphine per os

ANTALGIE PAR MORPHINIQUE EN URGENCE

Le mode d'administration le plus adapté est

1. Titration
2. Par injections intraveineuses fractionnées
3. Répétées
4. Jusqu'à obtenir l'effet antalgique désiré.

Voie intraveineuse	<ul style="list-style-type: none">• La plus rapide• La plus fiable
Voie intramusculaire	<ul style="list-style-type: none">• Résorption irrégulière• Effet peu prévisible• A éviter en urgence
Voie sous-cutanée	

- **Evaluation de la douleur**
- **Surveillance** : fréquence respiratoire et cardiaque, somnolence, oxymètre de pouls si possible.
- **Respect des contre-indications et associations dangereuses.**
- **Association aux autres méthodes antalgiques** : installation, immobilisation... et association à des antalgiques non morphiniques.

- **Bolus** de 0,1 mg/kg (soit pour 60 kg = 6 mg) en IV lente (3 à 4 mn).
- **Réévaluation de la douleur** et des paramètres de surveillance à 15 mn.
- **Si nécessaire, ajoutez 0,05 mg de morphine/kg**, (par compléments de 2 mg maxi. en attendant l'effet à 15 mn).
- **Attention, si dépression respiratoire** : oxygénation du patient par masque type Ambu, éventuellement injection de Naloxone (Narcan® ou Nalone®) par bolus de 0,04 mg.

Si le patient a déjà reçu des morphiniques dans sa prise en charge

- Entre 15 et 65 ans
3 mg toutes les 5 mn.
- Avant 15 ans et après 65 ans
2 mg toutes les 5 mn.

Traitement morphinique au long cours

Donner comme **inter-dose** :
10 % de la dose totale quotidienne.

REGLES D'UTILISATION DES MORPHINIQUES PER OS

- On commence par de la **morphine orale à libération immédiate** (comprimés ou ampoules).
- Le traitement est **débuté** à la dose de **0.5-1 mg/kg/j soit environ 5-10 mg/4 h**.
- **Augmenter** à raison de **50 % toutes les 8 à 12 h** jusqu'à obtenir le **contrôle** de la douleur.
- Par la suite, le **traitement de fond** va reposer sur les **morphiniques longue durée** (type **Skénan LP®** ou **Moscontin LP®** en 1 prise toutes les 12 h).
- Prévoir des **inter-doses d'action rapide (= 1/6 de la dose quotidienne)** en cas de besoin.
- Si prise de **plus de 3 inter-doses par jour** durant 2 jours : **augmenter la dose de morphiniques LP**.

LES ZEROS DE L'ORDONNANCE DE MORPHINIQUES

- **Ordonnance sécurisée.**
- **Ecrite en toutes lettres.**
- **Durée = pendant vingt-huit jours.**
- **Dose cumulée = soit cinquante-six gélules.**
- **Nom et prénom du patient.**
- **Nom du médecin.**

Nom du médecin

Fonction

N° de siret

Lieu

Date

Nom et prénom du patient

1- Skénan LP® 30 mg :

Une gélule de trente milligrammes le matin et une le soir.

Par voie orale.

Pendant vingt-huit jours.

Soit cinquante-six gélules.

2- Actiskénan® 10 mg :

Si à coups douloureux.

Une gélule de dix milligrammes toutes les six heures.

3- Duphalac® :

Trois sachets par jour.

4- Motilium® :

En cas de nausées.

Un comprimé de 45mg avant la prise de Skénan®.

Signature

Cachet

4

PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES DES MORPHINIQUES

1. **Constipation :**
 - a. Quasi-systématique
 - b. Doit toujours être prévenue = règles **hygiénodietétiques**, **laxatifs**
2. **Nausées :**
 - a. Traitement **antiémétique**
3. **Prurit :**
 - a. Anti-histaminique
4. **Somnolence :**
 - a. **Habituelle** en début de traitement (= récupération de la dette de sommeil).
 - b. Rechercher des signes éventuels de surdosage (penser aux médicaments associés).
5. **Rétention urinaire :**
 - a. Sondage, néostigmine.
6. **Confusion :**
 - a. En l'absence d'insuffisance de traitement, de situation de manque ou de surdosage : rechercher et traiter toute cause habituelle de confusion.
 - b. **Traitement étiologique**, neuroleptiques et/ou modification du traitement antalgique.
7. **Dépression respiratoire :**
 - a. Toujours annoncée par une **somnolence profonde**
 - b. **Fréquence respiratoire (FR) entre 8 et 12 : surveillance**, réévaluation toutes les 3 à 5 mn ; attitude à adapter en fonction du traitement en cause
 - c. **FR < 8 : oxygénothérapie + Naloxone** (1 amp (0,4 mg) ramenée à 10 cc) : injecter 2 cc (0,08 mg) toutes les 5 mn jusqu'à FR > 12, puis relais par Naloxone en perfusion continue
8. **Sevrage**

POSOLOGIE DES PRINCIPAUX ANTALGIQUES

DCI	Posologies adulte	Posologies enfant	Age minima
Paracetamol	Doliprane® 1 g *4/j	Doliprane® 60 mg/kg/j	Naissance
Paracetamol IV	Perfalgan® 1 g *4/j	Perfalgan® 60 mg/kg/j	Naissance
Aspirine	Aspegic® 1 g *4/j	Aspegic® 50 mg/kg/j	Naissance
Ibuprofen PO	Advil®, Nureflex® 30 mg/kg/j	Advil®, Nureflex® 30 mg/kg/j	6 mois
Codéine	Effralgan codéiné® 1 g x 4 /j (contient du paracétamol)	Codenfan® 1 mg/kg x 4 à 6/j	1 an
Antalvic	Diantalvic® 2 gel *3/j	---	15 ans
Tramadol	Topalgic®	Topalgic® 400 mg/j max	3 ans
Nalbuphine	Nubain®	Nubain® 0.2 mg/kg x 4 à 6/j	18 mois
Morphine PO	Actiskénan® 10 mg/4 h	Sevredol® 0.2 mg/kg/4 heures	6 mois
Morphine IV	Morphine	Morphine (PCA dès 6 ans) 0.025 mg/kg/5 mn 30 mcg/kg/h en continu avec bolus si nécessaire	Naissance

TRAITEMENTS CO-ANTALGIQUES

Non-médicamenteux :

- **Contentions**, orthèses,
- **Kinésithérapie**,
- **Physiothérapie**, massages ultra-sons, ...
- Aspirations digestives,
- Symphyses pulmonaires,
- Dérivations digestives,
- Dérivations urinaires,
- Endoprothèses,
- **Psychothérapie**,
- Thérapie cognitivo-comportementale,
- Hypnose, Relaxation,

Médicamenteux :

- **Corticoïdes** (corticostéroïdes),
- **Antidépresseurs** à visée anti-dépressive,
- **Benzodiazépines**,
- **Biphosphonates**,
- **Antispasmodiques**,
- Antibiotiques,
- Etc...

FEMME ENCEINTE

Palier 1	Paracétamol
Palier 2	Préférer le dextropropoxyphène à la codéine
Palier 3	Morphine N.B. : il faudra penser au sevrage du nourrisson.

CONTRE-INDICATION FORMELLE DE TOUS LES AINS

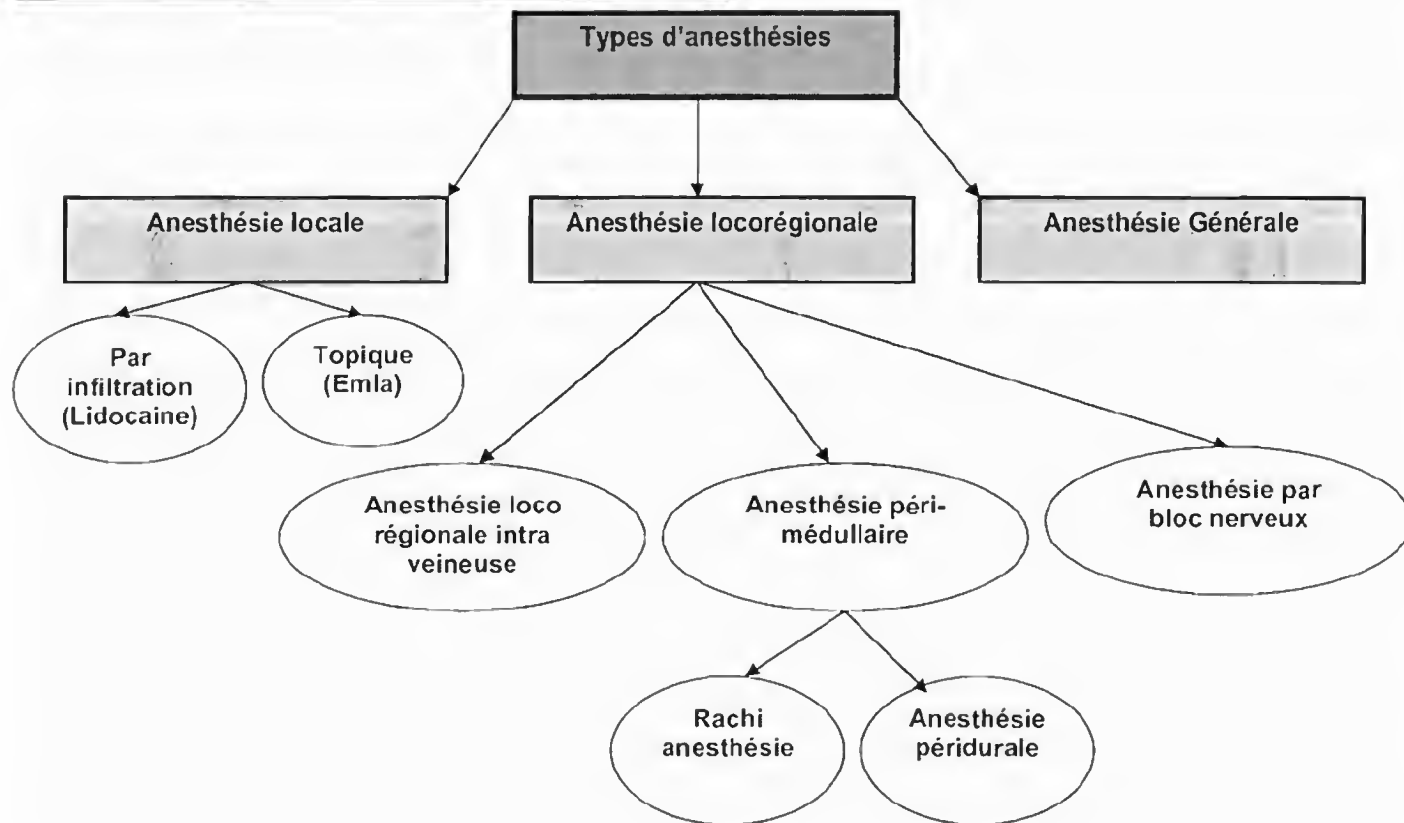
A PARTIR DU 6^{ème} MOIS DE GROSSESSE

(RAPPEL DE L'AFSSAPS DU 12 DECEMBRE 2003)

Plusieurs cas de **toxicité fœtale et/ou grave** après prise d'AINS en fin de grossesse ont été rapportés :

- morts fœtales in utero,
- morts néonatales,
- atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.

N°67. ANESTHESIE LOCALE, LOCO-REGIONALE ET GENERALE.



CONTRE INDICATIONS ET PRECAUTIONS D'UNE AL PAR INFILTRATION

- **Contre-indications:**
 - Allergie
 - Porphyrie
 - Épilepsie non contrôlée
 - Sportifs
 - Méthémoglobinémie (prilocaine)
- Bien **respecter la dose maximum**
- Limiter les produits adrénalinés aux extrémités
- Les risques:
 - passage systémique trop rapide
 - injection intravasculaire

INDICATIONS D'UNE AL

- **Suture** de plaie, effraction cutanée
- **Ponction, Biopsie** rénale, hépatique....
- Gestes **dentaires**
- **Chirurgie légère** superficielle
- Stimulation nociceptive
- Pose de sonde gastrique
- Pose de sonde urinaire

DEROULEMENT D'UNE AL PAR INFILTRATION

Mise en place

- Respect strict de la pharmacocinétique de la prémédication (si présente)
- Exemple:
 - H-60 min: Morphine
 - H-30 min: Hypnovel S.L.
- Sujet conscient

L'anesthésie locale

- **Lidocaïne +/- adrénalinée 1 ou 2 %**
- Vérifier la température de l'A.L.
- Intérêt du volume par rapport à la concentration
- **Injection lente avec test d'aspiration**
- Savoir attendre

Règles associées

- Garder le **contact verbal++++**
- Ne pas montrer les instruments
- Parler pour couvrir les bruits anxiogènes

Surveillance

- **Après et pendant le geste**
- Score de sédation
- **Score de douleur**

ANESTHESIE LOCO-REGIONALE INTRAVEINEUSE

DEFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'un anesthésique local • Par voie intra veineuse • Imprégnant un segment de membre • Isolé de la circulation générale par un garrot artériel, • Après qu'il ait été vidé de son sang.
MODALITES D'UTILISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne à 0.5% (30 à 40 ml). • Ne jamais utiliser de solution adrénalinée. • Dégonflage progressif du garrot en fin d'intervention, • La durée doit être supérieure à 30 minutes et inférieure à 60 minutes.
INDICATION	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie d'urgence <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'avant bras et de la main ○ d'une durée de 60 minutes.
CONTRE-INDICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Les blocs de conduction intracardiaque. • L'infection du membre concerné. • L'anémie falciforme qui provoque l'ischémie du membre (drépanocytose). • L'utilisation de la Bupivacaïne.
INCIDENTS ET ACCIDENTS	<ul style="list-style-type: none"> • La toxicité systémique (neurologique et cardiaque) des anesthésiques locaux en cas de lâchage du garrot. • L'anesthésie en mosaïque. • Pas d'analgésie résiduelle après la levée du garrot.

ANESTHESIE PERIMEDULLAIRE

	PERIDURALE	RACHIANESTHESIE
DEFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie extra-duremérienne • Par injection direct d'A.L • Dans l'espace péridural • Au contact des racines rachidiennes de la Moelle • Effets : <ul style="list-style-type: none"> ○ Analgésie ○ Protection neurovégétative ○ Relâchement musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie intra-duremérienne • Par injection direct d'A.L • Dans le liquide céphalo-rachidien • Au contact des racines rachidiennes et de la Moëlle. • Effets spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Brièveté du temps de latence ○ Intensité du bloc
INDICATIONS ET AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie urologie • Chirurgie abdominale basse • Chirurgie gynéco obstétrique • Chirurgie orthopédique et traumatologique • Diminution des saignements per-opératoire • Diminution des risques thromboemboliques • Déséquilibre moins important qu'avec l'anesthésie générale 	
CONTRES INDICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Refus du patient • Infection du site de ponction , septicémie • Troubles de la coagulation et traitement anticoagulant • Allergie vraie aux anesthésiques locaux • Affections neurologiques démyélinisantes évolutives • Hypovolémie , troubles hémodynamiques 	

ACCIDENTS INCCIDENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension artérielle (Vasoplégie) +++ • Hématome Périidural • Céphalées par brèche dure-mérienne • Infections secondaires (méningite, abcès local...) • Nausées, vomissements • Inefficacité, anesthésie en mosaïque • Toxicité des A.L • Rupture du KT • Bloc péri complet 	
PRECAUTION	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de reflux de LCR • Absence de reflux de sang • Dose Test 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflux de LCR • Absence de reflux de sang • Dose test
DUREE D'ACTION (pour indication)	<ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne : 45 mn à 1h • Lidoadré : 1h30 à 2h • Bupivacine : 3h à 4h30 • Bupiva Adré : 4h30 à 6h 	<ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne :45 mn à 1h • Bupivacine : 3h à 4h30
FACTEURS JOUANT SUR LE NIVEAU ET LA PUISSANCE ALR	<ul style="list-style-type: none"> • Volume injecté variable • Le nombre de métamères à bloquer • L'âge • Le lieu d'injection • La concentration • Type de produit utilisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Densité de la solution • Espace ponctionné • Position du patient per et post injection • Dose injectée • Volume injecté • Vitesse d'injection • Taille du sujet

DEFINITION	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'anesthésique local • Au niveau de la gaine nerveuse • Après l'avoir repérée par stimulation électrique
BUTS	<ul style="list-style-type: none"> • Blocage de tout le membre supérieur. • Nécessite de temps en temps des bloc tronculaires complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voie axillaire: Bloc tronculaire du muscle musculo-cutané. ◦ Voie sus claviculaire: Bloc tronculaire du nerf cubital.
MATERIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Aiguilles fines de longueur modérée • Un stimulateur électrique. • Voie veineuse. • Matériel de réanimation.
METHODE	<p>a) <u>Le bloc plexique:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient est installé en décubitus dorsal, bras en abduction et le coude plié à 90°. • Garrot placé sur le bras (1/3 moyen, 1/3 sup), pour maintenir l'anesthésique in situ et favoriser sa diffusion vers le haut pour imprégner le nerf. • Les repères sont : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Le grand pectoral. ◦ Le deltoïde. • Palper l'artère axillaire le plus loin possible dans le creux axillaire. • Piquer de manière tangentielle à l'artère en stimulant régulièrement. • Injecter 30 à 40 ml d'anesthésique local directement dans la gaine.

	<p><u>b) Technique en sus claviculaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpation de l'artère sous-clavière • Attention au dôme pleural
DOSES ET PRODUITS	<ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne 1%, Durée du bloc 60 à 90 Minutes. • Bupivacaïne 0.25%, Durée du bloc 3 à 4h30. • Les solutions adrénalinées sont utilisables, mais attention aux petites artères (exemple : bloc interdigitaux, risque de nécrose...)
INDICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention sur le membre supérieur (avant-bras et main). • Estomac plein. • Les contre-indications d'une anesthésie générale (IOT difficile).
CONTRE INDICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Semblables à la péridurale • Adénopathies axillaires.
INCIDENTS ET ACCIDENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions nerveuses : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mécaniques (injection intraneuronale). ◦ Toxiques (solutions trop concentrées). ◦ Ischémiques (garrot). • Injections intravasculaires. • Fistules artério-veineuses. • Lésion de l'artère axillaire.

NB : Le bloc du membre inférieur ne sera pas exposé car il est peu utilisé, en effet les anesthésies péri-médullaires sont préférées.

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES A RESPECTER AVANT UNE ANESTHESIE GENERALE

1- Consultation d'anesthésie :

- Obligation légale réalisée généralement **plusieurs jours avant l'anesthésie.**
- Apprécie le **risque éventuel** de l'anesthésie pour le patient.
- **Evalue le rapport bénéfice-risque** de l'intervention pour le patient selon :
 - **Interrogatoire**
 - **Examen clinique**
 - **Examens paracliniques**
 - **Au besoin après consultations spécialisées.**
- Consignée **par écrit dans le dossier médical.**
- **Information orale et écrite** au patient : **anesthésie, geste chirurgical, risque de transfusion.**
- **Consentement éclairé** du patient.

2- Bilan éventuel prescrit

3- Visite pré-anesthésique :

- **Quelques heures avant** l'intervention chirurgicale.
- S'assurer une dernière fois de l'**absence d'une contre-indication à l'anesthésie.**
- **Recherche d'un événement récent** non signalé (fièvre, infection...).
- **Mise en route d'un éventuel traitement** qui accompagnera le geste chirurgical.
- **Prémédication anxiolytique à la demande.**

PRINCIPES MEDICAMENTEUX D'UNE AG

1- Hypnotiques (Nesdonal® : thiopental) :

- Perte de connaissance.
- Amnésie rétrograde.

2- Morphiniques (Fentanyl® : fenny) :

- Analgésie.

3- Curares (Pavulon® : pancuronium) :

- Relâchement musculaire.

(ne pas oublier une éventuelle antibioprophylaxie)

ETAPES D'UNE AG

Prémices :

- Entrée en salle.
- Vérification de l'identité du patient.
- Installation du patient.

Déroulement de l'AG = 3 étapes :

- Induction et intubation-ventilation assistée.
- Entretien et surveillance :
 - Patient scopé.
 - Profondeur de l'anesthésie.
 - Etat hémodynamique.
 - Etat respiratoire.
- Réveil.

Surveillance en salle de réveil.

SCORE ANESTHESIQUE

Score de somnolence (conscience)

S0	Bien éveillé
S1	Un peu somnolent
S2	Somnolent mais éveillable si on lui parle
S3	Très somnolent, éveillable seulement par stimulation tactile

Score de respiration

R0	Régulière, FR>10/min
R1	Ronflement mais FR>10/min
R2	Irrégulière, FR<10/min
R3	Pauses, apnées

SIGNES DE REVEIL

Neurologique :

- Réflexe photomoteur
- Réflexe pharyngo-laryngé
- Réflexe à la douleur
- Mobilité active
- Retour à la conscience

Cardiaque :

- Tachycardie
- Normalisation de la TA

Respiratoire :

- Respiration spontanée

1. Les tuyaux :

- Scope cardiaque
- Tension artérielle
- Oxymètre de pouls
- Intubation ventilation assistée
- Sonde gastrique
- Sonde urinaire

2. 2 Paramètres vitaux essentiels :

- **Etat hémodynamique :**
 - Pression artérielle
 - Fréquence cardiaque
- **Etat respiratoire :**
 - Oxymètre de pouls
 - Fréquence respiratoire
 - Auscultation pulmonaire (efficacité de l'IVA , éliminer le caractère sélectif...)
 - Amplitude thoracique (efficacité de l'IVA , éliminer le caractère sélectif...)

3. Profondeur de l'anesthésie :

- S'apprécie durant toute l'intervention
- Relatif aux variations de **pression artérielle** et de **fréquence cardiaque**.

4. Température :

- Maintenir la température de son corps proche de la température normale

5. Pertes corporelles :

- Diurèse :compenser les pertes **hydriques** (en eau) et **sodées** (en sodium)
- Aspiration :compenser les pertes **hémorragiques** (en sang).

6. Occlusion oculaire

COMPLICATIONS D'UNE AG

Cardio-vasculaire :

- Trouble du rythme cardiaque
- **Hypotension** artérielle
- **Choc** hypovolémique (par hémorragie)

Pulmonaire :

- **Echec d'intubation**
- **Intubation sélective**
- **Spasme** laryngé ou bronchique
- Inhalation bronchique
- Granulome des cordes vocales (à distance)

Générale :

- **Hypothermie**
- **Choc anaphylactique**
- Complications infectieuses

HEMORRAGIE PER-OPERATOIRE

Prévention :

- Bilan sanguin **pré-opératoire** (hémostase et groupage)

Traitement :

- Diminuer le saignement :
 - **Abaisser artificiellement la pression artérielle durant l'opération.**
- Compenser le saignement :
 - On peut transfuser des **culots globulaires**.
 - Avant l'opération, on peut prélever au patient du sang qui lui sera restitué durant l'intervention.
 - On peut récupérer le sang perdu et le transfuser au fur et à mesure (autotransfusion).

A PÂTE = MEOPA

Définition	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mélange de 50 % de protoxyde d'azote et de 50 % d'oxygène. 2. Utilisé comme antalgique lors de la réalisation de certains gestes douloureux : réfection de pansements, réduction de luxation ou d'autres soins douloureux. 3. Peut être utilisé aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. 4. Effet très rapide, le maximum de l'action étant atteint dès la 5^{ème} minute. 5. La réversibilité est également très rapide, en moins de 5 minutes. 6. Il n'existe pas de surdosage.
Effets cliniques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analgesie de surface 2. Anxiolyse 3. Amnésie légère 4. Sédation consciente 5. Réflexe de déglutition conservé
Contre indications	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient nécessitant une ventilation en oxygène pur. 2. Epanchement aérique non drainé, notamment intracrânien ou pneumothorax ou emphysème bulleux ou pneumopéritoine. 3. Hypertension intracrânienne 4. Pathologies ORL spécifiques
Utilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surveillance clinique 2. Inhalation continue pendant 3 minutes 3. Durée maximale= 30 minutes en gardant un contact verbal 4. Local ventilé 5. Matériel d'administration vérifié 6. Formation des personnels 7. Sur prescription médicale 8. Administration par une IADE si morphine et/ou BZD associées
Effets indésirables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nausées, 2. Vomissements 3. Effets euphorisants importants

68-DOULEUR CHEZ L'ENFANT SEDATION ET TRAITEMENTS

CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

La pédiatrie pose le problème de l'expression de la douleur.

Divers signes sont évocateurs :

- Plaintes somatiques.
- Désintérêt du monde extérieur.
- Attitude antalgique.
- Manque d'expressivité.
- Mouvements.
- Agitation.
- Pleurs.
- Pression artérielle.
- ...

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Enfants âgés de plus de 6 ans = (auto-évaluation) :

- Echelle visuelle analogique (EVA).

Enfants de 4 à 6 ans = (auto+/-hétéro-évaluation) :

- Echelle visuelle analogique (EVA).
- Echelle de 6 visages.
- NB : Si les scores obtenus sont divergents, seule l'hétéro-évaluation est possible.

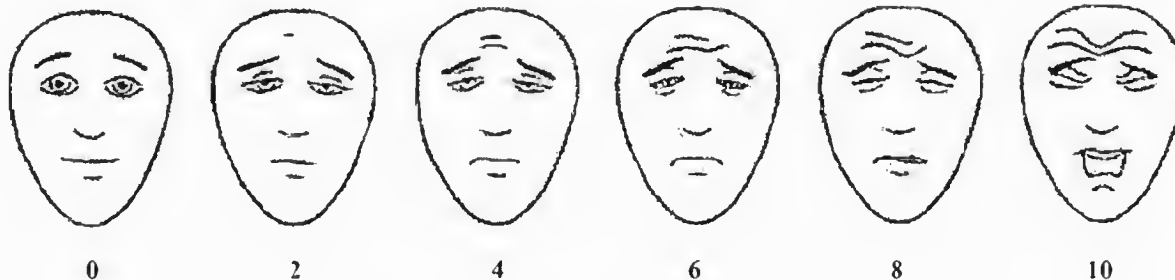
Enfants de moins de 4 ans = (hétéro-évaluation) :

- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN).
- Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR)
 - Douleur chronique
 - Cote 10 items de 0 à 4
 - En fonction de l'activité de l'enfant et de l'inertie psychomotrice.
- Echelle Objective Pain Scale (OPS)
 - Paramètres objectifs, la pression artérielle
 - Paramètres d'observation comportementale.

Echelles d'évaluation principales	Critères cotés
<p>Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Position antalgique au repos 2. Manque d'expressivité 3. Protection spontanée des zones douloureuses 4. Plaintes somatiques 5. Attitude antalgique dans le mouvement 6. Désintérêt pour le monde extérieur 7. Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive) 8. Localisation de zones douloureuses par l'enfant 9. Réactions à l'examen des zones douloureuses 10. Lenteur et rareté des mouvements
<p>Echelle Objective Pain Scale (OPS)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pression artérielle 2. Pleurs 3. Mouvements 4. Agitation 5. Expression verbale ou corporelle

ECHELLE DE 6 VISAGES :

La consigne est : « Montre-moi le visage qui a mal autant que toi ».



Antalgie avant le geste	Types de gestes invasifs
EMLA	<ul style="list-style-type: none">• Ponction veineuse• Injection sous-cutanée• Intra-musculaire• Intra-Dermo-Réaction
MEOPA et EMLA	<ul style="list-style-type: none">• Ponction lombaire• Myélogramme
MEOPA	<ul style="list-style-type: none">• Paracentèse• Sutures

Analgésie type EMLA	<ul style="list-style-type: none"> • Le plus systématique possible avant les gestes invasifs.
Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Per os</u> 15 mg/kg/6 h • <u>IV</u> : Perfalgan® 500 mg/50 ml nourrisson et enfant. <ul style="list-style-type: none"> ○ Toujours respecter 4 h entre 2 administrations, maxi. 4 administrations par jour. ○ Nourrisson > 10 j et enfant < 33 kg = 15 mg/kg/administration (maxi. 60 mg/kg/j) ○ Nouveau-né < 10 j = 7,5 mg/kg/administration (maxi. 30 mg/kg/j)
Aspirine	<ul style="list-style-type: none"> • 50 mg/kg/24 h en 4 à 6 prises. • Nouveau né
AINS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nifluril®</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ suppo 400 mg. 1/2 suppo entre 6 et 30 mois 1 suppo/10 kg de poids entre 30 mois et 12 ans. (maxi. 3 suppos/jour.) AMM à partir de 6 mois. ○ gél. 250 mg. 2 à 3/j, enfant de + de 12 ans. • <u>Voltarène®</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ cp 25 mg, suppo 25 mg. ○ 2 à 3 mg/kg/24 h en 2 à 3 prises ○ AMM : suppo : > 4 ans, cp > 6 ans, poids > 16 kg.
Codéine	<ul style="list-style-type: none"> • Codenfan® sirop 1 ml = 1 mg. <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 à 4 mg/kg/24 h à partir de 1 an ○ 0,5 à 0,75 mg/kg/6 h, sans dépasser 1 mg/kg/prise et 6 mg/kg/j.

Paracétamol + Codéine	<ul style="list-style-type: none"> • Codoliprane® paracétamol 400 mg, codéine 20 mg <ul style="list-style-type: none"> ◦ AMM > 6 ans et 14 kg • Efferalgan Codéiné® paracétamol 500 mg, codéine 30 mg <ul style="list-style-type: none"> ◦ AMM > 15 kg, 0,5 à 1 mg/kg/4 à 6 h • Attention, rendent la courbe de température difficile à interpréter.
Nalbuphine	<ul style="list-style-type: none"> • Nubain® <ul style="list-style-type: none"> ◦ AMM > 18 mois ◦ 0,2 mg/kg/4 h ou 6 h en IV (15 mn) ◦ 0,4 mg/kg en IR (intéressant en cas d'urgence).
Morphine	<ul style="list-style-type: none"> • Per os : 1 mg/kg/24 h en 6 prises si forme LP • SC : 0,1 mg/kg/4 h ; • IV : 0,05 mg/kg/4 h (0,025 à 0,1 mg/kg pour éventuelle titration) • AMM > 6 mois • Attention, la voie SC est douloureuse.

COMMUNIQUE DE L'AFSSAPS DU 15 JUILLET 2004 :
FIÈVRE ET DOULEUR CHEZ L'ENFANT ATTEINT DE VARICELLE :
L'UTILISATION D'AINS N'EST PAS RECOMMANDÉE
= Syndrome de Reye

Notes personnelles

N°69. SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE . ACCOMPAGNEMENT D'UN MOURANT ET DE SON ENTOURAGE.

DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS (Société française d'accompagnement et des soins palliatifs)

- « Ce sont des **soins actifs** dans une **approche globale** de la personne en **phase évoluée ou terminale** d'une maladie potentiellement mortelle.
- Prendre en compte et viser à **soulager** les douleurs **physiques** ainsi que la souffrance **psychologique**, morale et spirituelle, devient alors primordial.
- Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. Ils ne **hâtent ni ne retardent le décès**.
- Leur but est de préserver la meilleure **qualité de vie** possible jusqu'à la mort.
- Ils sont **multidisciplinaires** dans leur démarche. »

	SOINS CURATIFS	SOINS PALLIATIFS
Buts	<ul style="list-style-type: none"> • Guérison • Durée de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Confort • Qualité de vie
Thérapeutique curative ?	<ul style="list-style-type: none"> • Justifiée 	<ul style="list-style-type: none"> • Non justifiée • Acharnement thérapeutique
Lieu de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Domicile - Maisons de retraite • Hôpitaux - Cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Domicile - Maisons de retraite • Hôpitaux - Cliniques • Unités de soins palliatifs
Approche	<ul style="list-style-type: none"> • Médico-technique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pluridisciplinaire
Dimension psycho-sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Accessoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Essentielle
Présentation de la mort	<ul style="list-style-type: none"> • Echec naturel 	<ul style="list-style-type: none"> • Evènement naturel

IDENTIFIER UNE SITUATION RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

1- Maladie :

- Mortelle.
- Sans traitement curatif.

2- Malade :

- Etat **psychologique** = souhait du patient.
- Etat **physique**.

3- Soignants :

- Equipe **multidisciplinaire** (médecin, infirmière, psychologue...).
- Compétente en terme de soins palliatifs.
- Refusant l'acharnement thérapeutique.

PRINCIPES DE LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT

- Respecter la dignité et l'autonomie du patient.
- Avoir pour seul guide l'intérêt du patient.
- S'appuyer sur un discours rationnel et technique.
- S'engager à partager une partie du fardeau
- Toujours **s'adapter aux réactions** qu'éprouve le patient dans son vécu.
- Toujours adopter une attitude d'écoute et de soutien.

EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS

1- Lieu :

- En consultation ou dans une chambre.

2- Langage :

- Simple et compréhensible.

3- Information délivrée :

- Information **claire, loyale** et appropriée.
- De façon **progressive**.
- **Projet thérapeutique** générateur d'espoir.
- Etre très précis sur les événements immédiats.

4- Soutien psychologique :

- Avec **empathie**.
- Ecouter et laisser exprimer ses émotions.
- Soutien patient et famille.
- Assurer le **confort** du patient.

5- Revoir le patient quelques heures après.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PLURIDISCIPLINAIRE D'UN MALADE EN FIN DE VIE

Nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Matelas anti-escarre - Mise au fauteuil précoce - Kinésithérapie - Soins d'un éventuel escarre de façon non invasive (cf.) - Toilette journalière.
Digestif	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de bouche : <ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer - Bicarbonate de sodium + Fungizone[®] - Xylocaine[®] si douleur - Hydratation (orale et \pm hypodermoclyse) - Alimentation équilibrée - Si vomissements : Pimpéran[®] - Si constipation : Duphalac[®].
Respiratoire si dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> - Fibroaspiration - Kinésithérapie - Scopolamine[®] - Corticoïde - Morphine - Anxiolytique - Oxygénothérapie.
Rétention aiguë d'urine	Sondage urinaire.
Agitation	Halopéridol [®] .
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute et relation d'aide - Patient et famille - Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété - Assurer le suivi - Dépister une dépression.

PRESCRIPTION AMBULATOIRE DE SOINS PALLIATIFS (Fin de vie au domicile)

ORDONNANCE : MEDICAMENTS

ORDONNANCE : INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT

- Toilette
- Administration des traitements
- Alimentation par sonde
- Soins d'escarre

- En hospitalisation à domicile (HAD)
- Réseau de soins palliatifs
- Avec un médecin référent
- Multidisciplinaire (médico-socio-psychologique)
- 100%
- Avec surveillance régulière

ORDONNANCE : KINESITHERAPIE

- Mobilisation passive et active
- Entretien de la force musculaire
- Lutte contre les rétractions tendineuses
- Drainage thoracique selon encombrement

PSYCHOLOGUE

- Ecoute et relation d'aide
- Patient et famille
- Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété
- Assurer le suivi
- Dépister une dépression

ORDONNANCE MATERIEL MEDICALISE

- Lit anti-escarre
- Pieds à perfusion

AIDE A DOMICILE

- Plateau-repas
- Aide-ménagère

RENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS

1- Bilan de l'état buccal :

- Bilan **entrées et sorties**
- Capacité à la déglutition
- Recherche d'une **mycose buccale**.

2- Soins de bouche

3- Stimuler la prise alimentaire :

- Après évaluation de l'appétence
personnelle
- Priorité **plaisir et confort** du patient
- Soutien **psychologique**
- Traitement de la douleur.

4- Alimentation par voie orale :

- Nutrition **hyper calorique et hyper
protidique**
- Complément nutritionnel
- **Hydratation**
- Pas d'alimentation par voie invasive.

5- Surveillance clinique et biologique (pré- albumine, albumine)

METASTASES OSSEUSES ET SOINS PALLIATIFS

1- Traitement palliatif :

- Prise en charge **multidisciplinaire et globale**
- Désir de la **famille et du patient**
- Avec médecin, psychologue, kinésithérapeute
- **Staff multidisciplinaire.**

2- Traitement antalgique (évaluation de la douleur = EVA) :

- Antalgique : palier OMS I, II, III
- Co-analgésique : corticoïdes, AINS
- Douleur neurologique : antidépresseur
tricycliques, neuroleptiques.

3- Traitement spécifique :

- **Radiothérapie**
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- **Biphosphonates.**
- **Vertébroplastie.**

4- Mesures physiques en fonction de la localisation :

- **Décharge**
- **Corset rigide**
- **Kinésithérapie**

Notes personnelles

N°70. DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

DEFINITION DU DEUIL NORMAL

Définition :

- Ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales survenant à la suite de la perte d'une personne aimée.

Déroulement en 3 phases :

- **Le choc** : émotionnel, physique, relationnel.
- **Dépression réactionnelle** :
 - Troubles de l'appétit, de la sexualité et du sommeil
 - Fatigue, souffrance profonde avec désintérêt pour le monde ambiant
 - Difficultés de fonctionnement et intenses inhibitions
- **Soulagement** : avec l'élaboration de nouvelles entreprises et la formation de nouveaux attachements.

DEFINITION DU DEUIL PATHOLOGIQUE

Définition :

- Etat invalidant secondaire à la perte d'un être cher

Durée :

- Brève ou prolongée

Physiopathologie :

- Fixation à l'une des étapes du deuil normal

1 risque majeur :

- Suicide

Conséquences invalidantes du deuil :

- Manifestations **somatiques** variées :
 - Pathologies **cardio-vasculaires** +++
 - Asthme
 - UGD
 - Décompensation d'une maladie chronique
- Manifestations **psychiques** :
 - **Déni** et intériorisation
 - **Culpabilité**
 - **Dépression**
- Manifestations **comportementales** :
 - Troubles du comportement
 - Conduites addictives
 - Risque suicidaire.

PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT

Expliquer clairement à l'enfant :

- Qu'il n'est pas responsable
- Qu'il n'est pas en danger de mourir
- Qu'il doit continuer à s'occuper de lui
- Qu'il doit continuer à aimer le décédé.

Le comportement à adopter envers l'enfant est :

- Le faire participer activement
- Laisser s'exprimer l'enfant
- Eviter le sentiment de culpabilité
- Evaluer le changement de mode de vie
- Surveiller l'apparition de complications.

PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE CHEZ L'ADULTE

- Verbalisation et expression des émotions
- Ne pas tenter de consoler à tout prix
- Psychothérapie de soutien
- Association d'aide et groupe de parole
- Rarement traitement antidépresseur.

FACTEURS DE RISQUE D'UN DEUIL PATHOLOGIQUE

Facteurs liés au décédé :

- Age
- Lien de parenté.

Facteurs liés à l'endeuillé :

- Age
- Socio-économique : isolé et défavorisé
- **Personnalité** : immature et dépendante
- **Psychologique** : trouble de la personnalité, maladie psychiatrique (dépression +++)
- Médical : état pathologique chronique.

Facteurs liés au décès :

- Brutalité du décès
- Suicide
- Accident
- Disparition.

Notes personnelles

PRECISIONS SUR LE CERTIFICAT DE DECES

<p>La date et l'heure du décès</p> <p>Obstacle médico-légal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OBLIGATOIRE • Suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction • Le corps est alors à la disposition de la justice • Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire : <ul style="list-style-type: none"> - Don du corps - Soins de conservation - Transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé - Admission avant mise en bière en chambre funéraire - Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès - Fermeture du cercueil - Inhumation (par voie de conséquence) - Crémation
<p>Mise en bière immédiate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indications <ul style="list-style-type: none"> - Maladies contagieuses - Maladies épidémiques - Mauvais état du corps • Les opérations funéraires suivantes sont impossibles : <ul style="list-style-type: none"> - Don du corps - Soins de conservation - Transport de corps avant mise en bière en chambre funéraire - Prélèvement en vue de rechercher les causes du décès

Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique	<ul style="list-style-type: none"> • Varioles • Autres orthopoxviroses : choléra • Maladie du charbon • Fièvres hémorragiques virales
Don du corps	<ul style="list-style-type: none"> • Impossible en cas <ul style="list-style-type: none"> - d'obstacle médico-légal - de maladie contagieuse. • La carte de donateur doit être demandée.
Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès	<p>A la demande du médecin qui constate le décès</p> <p>A la demande du préfet</p>
Prothèse	<p>Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.</p> <p>Toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière.</p>

ANNEXE 1

(Conférence de consensus sur la fin de vie)

Notes personnelles

COMMENT RECONNAÎTRE ET RESPECTER LES ATTENTES, LES DEMANDES ET LES DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE ?

(conférence de consensus)

1. Quels sont les besoins fondamentaux des personnes en fin de vie ? Comment repérer et y répondre en les respectant ?

- Les besoins fondamentaux de l'homme tiennent à son humanité même : ils sont constants.
- Les besoins de la personne malade sont **multiples et complexes**.
- Les besoins de confort, au sens de **bien-être**, s'avèrent déterminants en fin de vie. Cette démarche relève d'une **prise en charge globale** de la personne.
- L'**information et la communication** au sein des relations qui s'établissent relèvent d'un besoin et d'une exigence encore trop souvent négligés.
- Une telle approche ne doit pas compromettre les besoins d'intimité, de **respect de la sphère privée et de la vie émotionnelle**.
- Ne pas répondre aux besoins spirituels.
- Repérer et entendre les besoins fondamentaux des personnes en fin de vie en institution ou au domicile nécessite de leur **consacrer une extrême attention et une haute considération**.

2. Quels sont les droits des patients en fin de vie ?

- Il s'agit notamment du **droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement**, du droit à l'**information**, à l'**autonomie** et au **consentement** dans la prise de décision, et à la désignation d'une « **personne de confiance** ».

3. Comment communiquer avec la personne qui pressent sa mort, face à ses désirs, ses demandes et ses craintes ?

- La demande de mort est parfois exprimée par le malade.
- Cette démarche tient parfois à l'ambivalence de la personne malade en fin de vie ou au besoin d'être mieux **soulagée, comprise, réconfortée** ou **confortée** dans sa dignité.
- Il importe de **ne pas juger** a priori, d'accorder à cette demande l'**attention** qu'elle mérite, de témoigner en ces circonstances tout particulièrement un **respect profond** et d'y **consacrer tout le temps nécessaire** dans le cadre de procédures formalisées.
- Il est impératif de **distinguer l'abstention ou l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale, la sédation visant au soulagement de symptômes intolérables, de ce que constitue une interruption délibérée de la vie**. Le terme générique d'« **euthanasie** » employé indifféremment pour qualifier ces trois situations est à la source de confusions et ne doit donc pas être utilisé du fait de son caractère réducteur.

COMMENT RECONNAÎTRE ET RESPECTER LES ATTENTES, LES DEMANDES ET LES DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE ? (SUITE)

(conférence de consensus)

- L'abstention thérapeutique, l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale ou la sédation ne s'opposent pas au processus conduisant à la mort, tout en ne la provoquant pas de manière délibérée. Il s'agit là d'une démarche d'accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie, relevant strictement des missions, compétences et responsabilités des professionnels de santé.
- Les directives anticipées.

4. Quelques situations spécifiques.

• **Nouveau-né, enfant et adolescent**

De même que pour l'adulte, les droits fondamentaux de l'homme spécifiquement reconnus aux enfants s'appliquent dès leur naissance et jusqu'au terme de leur vie, indépendamment de sa durée.

Il importe de communiquer à l'enfant toutes les informations nécessaires.

L'adolescent éprouve avec plus de violence la dépendance à la maladie grave.

Lorsque cela est possible ou souhaité, il doit être possible que l'enfant ou l'adolescent termine son existence au domicile.

• **Maladies neurodégénératives avec altérations cognitives**

Les besoins de confort de la personne atteinte d'une maladie neurodégénérative avec altération cognitive sont assurément sous-évalués.

Une attention particulière doit être accordée à la fin de vie de la personne âgée atteinte d'affection dite démence.

• **Psychiatrie**

La fin de vie d'une personne dans un contexte psychiatrique suscite nombre de questions.

• **Services d'accueil des urgences**

Beaucoup de patients décèdent aux urgences.

• **Réanimation**

En cas de décision vitale, il conviendrait de pouvoir associer à la concertation initiale les proches et la « personne de confiance » désignée par le malade. La prise de décision relève toutefois de la seule responsabilité de l'équipe médicale.

• **Gériatrie**

Le souhait des personnes âgées est généralement de mourir chez elles, dans le cadre d'un environnement qui leur est familier et les rassure.

• **Précarité sociale**

Les soignants doivent consacrer toute leur attention à la solitude et au dénuement des personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion.

ACCOMPAGNER JUSQU'AU BOUT ? (conférence de consensus)

1. Quelles valeurs accorde-t-on à la fin de vie ?

- Les valeurs de référence renvoient au **respect de la personne dans sa vie jusqu'à son terme**.
- Respecter la personne dans ses valeurs, c'est, dans tous les cas, maintenir un **dialogue** avec la personne et lui accorder **crédit et estime** dans **ce qu'elle exprime et souhaite partager**.

2. Peut-on soigner sans prendre soin ?

- **Soigner et prendre soin** relèvent de conceptions complémentaires et interdépendantes des pratiques professionnelles médicales et paramédicales.

3. Qu'est-ce qu'accompagner une personne en fin de vie ?

- De l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de la vie, les **besoins d'accompagnement** relèvent des **bonnes pratiques professionnelles**.
- La **communication est adaptée** aux attentes de la personne.
- L'altération de l'état physique et parfois psychique de la personne malade modifie inévitablement la relation de soin.
- Un soin particulier doit être consacré à l'écoute et au recueil des positions exprimées par la personne malade et ses proches.

4. Dynamique relationnelle : personne malade, famille, proches, équipe (professionnels et bénévoles)

La fin de vie est un **processus irréversible** qui nous oblige à envisager l'imminence de ruptures. Une dynamique **transdisciplinaire** s'impose.

- **Personne malade**

La personne malade exprime parfois des projets ambivalents dans le cadre d'échanges.

- **Famille et proches**

La personne malade peut souhaiter bénéficier du soutien constant de ses proches et maintenir avec eux une relation intime.

Il importe de prévenir et d'accompagner les situations de crises, sources de violences potentielles et de deuils pathologiques.

- **Professionnels et bénévoles**

En fin de vie, l'intensification et la diversification des besoins justifient la pluralité d'approches assumées par les professionnels de santé et les membres d'associations de bénévoles.

Il convient de veiller à la mise à disposition de l'ensemble des intervenants, **soignants** et bénévoles, des outils de **communication et de transmission** et y consacrer les **moyens nécessaires** en termes de dispositifs pratiques, d'organisation rigoureuse ainsi d'anticipation des crises.

QUELLES SONT LA PLACE ET LES FONCTIONS DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE DANS LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT EN INSTITUTION ET A DOMICILE ?

(conférence de consensus)

1. Enjeux de la place de la famille

Il convient de **reconnaître, de respecter et préserver** la place de la famille.

2. La famille accompagnée : besoins, modalités de soutien

Une famille accompagnée peut assumer les responsabilités d'une famille accompagnante.

Le soutien de la famille relève des objectifs du soin.

3. La famille accompagnante : besoins, modalités de soutien

Les besoins exprimés par les familles sont multiples et parfois complexes.

4. Accompagner la famille d'une personne en institution ou à domicile

- Accompagner la famille d'une personne en institution
- Accompagner les personnes à domicile

Le retour au domicile pose différents problèmes d'ordre organisationnel, mais aussi de capacité d'accueil. Il convient de les analyser, d'anticiper les éventuelles difficultés et d'apporter des réponses adaptées.

ANNEXE 2

(Mini guide de thérapie antalgique)

ANTALGIQUES DE PALIER 1

Paracétamol	<u>Posologie :</u> 1 g/6 h quelle que soit la voie d'administration.	<u>CI :</u> Hypersensibilité au paracétamol.	Dafalgan [®] , Efferalgan [®] , Doliprane [®] , Paralyoc [®] , Perfalgan [®] ...
Aspirine	<u>Posologie :</u> Po : 500 mg à 1 g/8 h ; mini 4 h entre 2 prises ; maxi. 2 g/prise, 6 g/24 h. IV : 1 g IVL/6 ou 8 h ; maxi. 4 g/24 h.	<u>CI :</u> Allergie salicylés et/ou AINS. UGD en évolution. Maladie hémorragique constitutionnelle ou acquise. Risque hémorragique, anticoagulants oraux, HBPM. Méthotrexate > 15 mg/sem. Grossesse, allaitement.	Aspegic [®] , Aspirine UPSA [®] ...
AINS	<u>Posologie :</u> Po : - Nureflex [®] (Ibuprofène) 400 mg/6 h ; maxi. 1 200 mg/24 h. - Profenid [®] (Kétoprofène) LP 200 mg 1 cp ou 1 gel/24 h. Autres présentations : 100 à 300 mg/24 h. IR : - Profenid [®] 100 à 300 mg/24 h (1-3 suppos). IM : - Profenid [®] 100 mg/12-24 h. IV : - Profenid [®] 50 mg IVL/6 h ou 100 mg IVL/8 h maxi. 48 h.	<u>CI :</u> Allergie salicylés et/ou AINS. UGD en évolution. Insuffisance hépatocellulaire, Insuffisance rénale. Attention avec diurétiques : IEC, inhibiteurs angotensine II. Hypovolémie. Enfant < 15 ans. Méthotrexate > 15 mg/sem. Anticoagulants oraux, héparine, antiagrégants plaquettaires, AINS, lithium.	<u>Effets secondaires :</u> Les effets indésirables potentiels doivent toujours être présents à l'esprit lors de la prescription. Troubles digestifs : de type gastralgie, ulcérations gastriques ou coliques Insuffisance rénale aiguë : favorisée par l'hypovolémie Syndrome hémorragique Réactions allergiques cutanées.

AINS Inhibiteurs de la Cox-2	<p><u>Posologie :</u></p> <p>Po : Celebrex® (Celecoxib) 200 mg/j ou, si besoin, 400 mg en 2 prises, dans le traitement de l'arthrose ou de la P.A.R.</p> <p>IV, IM : Dynastat (Precoxib) 40 mg puis 20 ou 40 mg toutes les 6 à 12 h sans dépasser 80 mg/j dans le traitement à cours terme des douleurs postopératoires.</p>	<p>Grossesse de plus de 6 mois.</p> <p>Rectite, anile, rectorragies (suppos).</p> <p><u>Effets secondaires et CI :</u></p> <p>Les mêmes que ceux des AINS non sélectifs avec semble-t-il moins d'effets secondaires digestifs.</p>	
---	--	--	--

ANTALGIQUES DE PALIER 2

Dextropropoxyphène (DXP) + Paracétamol	<p><u>Posologie :</u></p> <p>Po : 1 ou 2 gél. ou cp/4-8 h ; maxi. 6 gél. ou cp/24 h.</p> <p>Insuffisance rénale : 8 h mini entre 2 prises.</p>	<p><u>CI :</u></p> <p>QS paracétamol.</p> <p>DXP : allergie au DXP, insuffisance rénale sévère, enfant < 15 ans, allaitement, morphine, agoniste-antagoniste morphine.</p> <p>Associations déconseillées : carbamazépine, IMAO, attention aux hypoglycémiant.</p>	<p>Diantalvic[®] gél. (30 mg DXP, 400 mg paracétamol).</p> <p>Propofan[®] cp (27 mg DXP, 400 mg paracétamol, 30 mg caféine).</p>
Codéine + Paracétamol	<p><u>Posologie :</u></p> <p>Po : 1 ou 2 cp/4-6 h ; maxi. 6 cp/24 h.</p> <p>Insuffisance rénale : 8 h mini. entre 2 prises.</p>	<p><u>CI :</u></p> <p>Allergie paracétamol ou codéine.</p> <p>Insuffisance hépatocellulaire grave.</p> <p>Asthme, insuffisance respiratoire.</p> <p>Enfant < 6 ans et 14 kg.</p> <p>Grossesse (1^{er} trimestre), Allaitement (relative).</p> <p>Agoniste-antagoniste morphine.</p>	<p>Codoliprane[®] cp (20 mg codéine, 400 mg paracétamol).</p> <p>Dafalgan codéiné[®] cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).</p> <p>Efferalgan codéiné[®] cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).</p> <p>Remarque : la codéine se transformant en morphine, l'association des deux est possible.</p>
Tramadol	<p><u>Posologie :</u></p> <p>Po : 50-100 mg/6 h ; maxi. 400 mg/24 h.</p> <p>Insuffisance rénale : toutes les 12 h</p> <p>Insuffisance hépatique : 1/2 dose ou par 12 h.</p> <p>> 75 ans : toutes les 8-10 h.</p>	<p><u>CI :</u></p> <p>Hypersensibilité tramadol et/ou opiacés.</p> <p>Insuffisance respiratoire sévère.</p> <p>Insuffisance hépatocellulaire, Insuffisance rénale sévère.</p> <p>Epilepsie < 12 ans.</p> <p>Grossesse, allaitement.</p>	<p>Contramol[®], Topalgic[®] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gél, cp 50 mg ; - cp LP 100 et 200 mg ; - inj. 100 mg/2 ml.

	<p>LP : 100-200 mg/12 h. IV : 100 mg IVL (15 min) +/- 50 mg/10-20 min, maxi. 250 mg la 1^{ère} heure. Relais PSE : 200 mg/8-12 h ; maxi. 600 mg/24 h.</p>	<p>IMAO. Non adapté pour le sevrage toxico.</p>	
Nefopam	<p>Antalgique d'action centrale, non morphinique, classée <u>Posologie :</u> IV : 20 mg IVL (30 min) Relais PSE : 80-100 mg/24 h. 20 mg IM, 3 à 4 fois/24 h ; dose maxi. 120 mg/24 h.</p>	<p><u>CI :</u> Insuffisance hépatocellulaire, Insuffisance rénale sévère. Convulsions ou antécédent de troubles convulsifs. Enfant < 15 ans. Grossesse, allaitement. Troubles urétroprostatiques. Glaucome angle fermé.</p>	<p>Acupan[®] inj. : 20 mg/2 ml.</p>
Nalbuphine	<p><u>Posologie :</u> IV : 10-20 mg/4-6 h ; maxi. 160 mg/24 h.</p>	<p><u>CI :</u> Insuffisance respiratoire sévère. Insuffisance hépatocellulaire sévère Agonistes morphiniques. Relatives : grossesse, allaitement.</p>	<p>Nubain[®] inj. : 20 mg/2 ml.</p>
Buprenorphine	<p><u>Posologie :</u> Sublingual : 0,2-0,4 mg/8 h. SC, IM : 0,3 mg/6-8 h ; maxi. 0,6 mg/6 h.</p>	<p><u>CI :</u> Insuffisance hépatocellulaire, Insuffisance rénale sévère. Enfant < 15 ans. Agonistes morphiniques. IMAO. Grossesse (2^{ème} et 3^{ème} trimestre), Allaitement.</p>	<p>Temgesic[®] : cp : 0,2 mg ; inj. 0,3 mg/ml.</p>

ANTALGIQUES DE PALIER 3

AGONISTES PURS

Chlorhydrate de morphine	Antalgique de référence. Voies SC ou IV, continue ou discontinue toutes les 4 h.	Ampoules inj. à 10 et 50 mg.
Sulfate de morphine	Voie orale libération prolongée.	Moscontin [®] cp ou Skénan [®] gél., dosés à 10, 30, 60, 100, 200 mg, une prise toutes les 12 h. Kapanol [®] cp à 20, 50, 100 mg, une prise toutes les 24 h.
Sulfate de morphine	Voie orale libération rapide.	Sevredol [®] cp, dosés à 10 et 20 mg. Actiskenan [®] gél., dosées à 5, 10, 20 et 30 mg : <ul style="list-style-type: none"> - Souvent : une prise toutes les 4 h ; des prises plus rapprochées peuvent être nécessaires. - Utilisables en interdosages et pour la titration initiale.
Fentanyl	Voie transdermique.	Durogésic [®] patchs à 25, 50, 75, 100 µg/h. Un patch toutes les 72 h. AMM : douleur cancéreuse stable.
Fentanyl	Voie trans-muqueuse.	Actiq [®] 200 à 1 600 µg. Seuls les dosages 200 et 400 µg sont retenus à Mignot. La prescription doit être faite par un senior. AMM : traitement des accès douloureux paroxystiques chez le patient cancéreux dont les douleurs sont contrôlées par un traitement de fond.
Hydro-morphone	Voie per os libération prolongée.	Sophidone [®] gél. à 4, 8, 16 et 24 mg ; une prise toutes les 12 h. AMM : douleur cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.

Oxycodone	Voie per os libération prolongée.	Oxycontin [®] 10, 20, 40, 80 mg ; une prise toutes les 12 h.
Oxycodone	Voie per os libération rapide.	Oxynorm [®] 5, 10, 20 mg ; une prise toutes les 4 à 6h. Utilisable en inter-doses (1/6 à 1/10 de la dose quotidienne totale d'Oxycontin [®]) et pour la titration initiale.
Oxycodone	Voie rectale (CI rectorragie, rectite récente).	Eubine [®] 20 mg 1 suppo/24 h (maxi. 4/24 h espacés de 6 h).

Notes personnelles

Notes personnelles